

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
PRÉSENTÉE PAR
ZAEPFFEL Léon

61

L'Éruption Papulopustuleuse

Miliaire Récidivante

DE LA FACE

Président : M. le Professeur E. GAUCHER

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^e). -- PARIS.

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1910

61

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

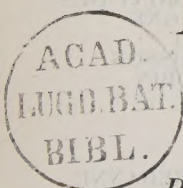
PRÉSENTÉE PAR

ZAEPFFEL Léon

L'Éruption Papulopustuleuse

Miliaire Récidivante

DE LA FACE



Président : M. le Professeur E. GAUCHER

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS.

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY.
Professeurs.		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		Ch. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène.		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
Clinique médicale.		HAYEM
		GILBERT
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique des maladies du système nerveux		
Clinique chirurgicale.		PIERRE DELBET
		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNE
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	L. RI.	REITTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE.	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE SAVANTE DE BORDEAUX

1901-1902

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE SAVANTE DE BORDEAUX

ET DE

LE FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

EN FÉLICITATION DE DOCTEURS SÉRIEUX

1901-1902

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR GAUCHER

1901-1902

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST
1901-1902

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DE MÉDECINE NAVALE
ET DE
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
EN PARTICULIER AU DOCTEUR SABRAZÈS
1902-1903

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS
Chez lesquels nous avons été externe
LES DOCTEURS TERRIER, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, NETTER,
GUINON, TUFFIER, OETTINGER, BROcq,
SAVARIAUD.
1903-1910

AUX DOCTEURS TROISIER, SICARD, ET THIÉRY,
Médecins et Chirurgien du Lycée Saint-Louis.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer cette thèse, nous adressons nos remerciements à notre maître le docteur Brocq, qui a eu l'amabilité de nous en donner le sujet. Nous le remercions de ses excellentes leçons de l'hôpital Saint-Louis, avec leurs généralités si claires, qui pour toujours se gravent dans la mémoire.

Depuis longtemps, l'attention du docteur Brocq avait été attirée par ces éruptions d'acné miliaire récidivantes de la face, survenant principalement chez la femme, évoluant par poussées successives sur un fond plus ou moins télangiectasique et souvent rebelles à toutes médications.

Cette ténacité, qui est un des caractères principaux de l'affection, fait le désespoir de bien des femmes, même en dehors de celles dont la coquetterie est mise à une rude épreuve, et en présence de ces cas le praticien est lui-même souvent désarmé pour établir une thérapeutique efficace et rationnelle.

Les questions d'acnés, avec érythroïse du visage de-

viennent de plus en plus à l'ordre du jour en ce siècle de vie agitée et intensive.

Nous verrons dans notre étiologie que l'affection décrite dans ce travail, trouve ses principales causes dans une violation perpétuelle des lois les plus élémentaires de l'hygiène : nerveuse, digestive, génitale.

Notre conduite physiologique semble souvent en désaccord avec les lois hygiéniques si belles, si utiles, si précieuses que notre siècle a eu le mérite de proclamer.

L'hygiène a marché à pas de géant en ces dernières années. Partout la lutte s'est organisée contre les maladies infectieuses. Partout ce sont des mesures prophylactiques contre le choléra, la peste, la lèpre, ces fléaux qui hier encore fauchaient des milliers d'existences ;

Les grandes épidémies de rougeole, de scarlatine, de fièvre typhoïde deviennent de plus en plus rares à notre époque.

Nous savons circonscrire la maladie par l'isolement du cas suspect, la désinfection immédiate des objets et locaux contaminés.

Partout l'on épure, l'on assainit, on perce des égouts, l'on ouvre des fenêtres.

Malgré les progrès immenses de ces hygiènes générales, certains actes de notre vie quotidienne prouvent que notre hygiène particulière est souvent en défaut.

Notre vie dérégulée par les progrès de la civilisation offre un éclatant témoignage de ce que nous avançons.

Nous voulons vivre double, brûler les étapes. Une

semblable manière d'agir entraîne les conséquences les plus graves.

L'homme moderne expose quotidiennement son cerveau et sa moelle aux secousses multiples. Il irrite, mine, épuise et détruit l'équilibre de ses réactions nerveuses.

De là naissent un grand nombre d'affections pour l'individu lui-même ou pour sa descendance dont le terrain aura été mal préparé. Parmi ces affections nous devons citer l'éruption papulopustuleuse miliaire recidivante de la face qui fait l'objet de cette thèse.

C'est pourquoi dans cette introduction, nous avons cru bon de parler de notre existence moderne réglée à contre sens.

Dans beaucoup de circonstances de la vie courante notre hygiène veut asservir la nature qui devrait lui servir de base immuable ; n'est-ce point de cette hygiène antinaturelle que provient une grande partie du mal ?

L'affection que nous décrivons dans cette thèse a été dénommée par le Dr Brocq : « Éruption papulopustuleuse miliaire de la face » et ce titre à lui seul la caractérise déjà.

L'éruption papulopustuleuse miliaire de la face constitue un syndrome objectif assez comparable à lui-même pour mériter un cadre nosographique spécial voisin de celui de la couperose, mais néanmoins distinct.

Après quelques mots d'historique, nous envisagerons successivement, la symptomatologie de l'affection, l'anatomie pathologique des lésions, leur diagnostic positif, et différentiel, le pronostic, puis nous ferons une large

part au chapitre de l'étiologie et de la pathogénie dont l'étude approfondie sera le guide le plus sûr pour l'intelligence du traitement.

Nous décrirons la forme classique dans toute sa pureté, puis nous étudierons les formes associées, principalement avec la couperose, la séborrhée, l'eczéma, les paratheratoses psorinsiformes, l'acné, l'urticaire.

Nous insisterons particulièrement sur le traitement à la fois local et général.

Dans notre conclusion nous essayerons de préciser la nature elle-même de l'affection, et de mettre en lumière les rapports intimes qu'elle présente avec le mauvais fonctionnement général du sujet, dont elle semble refléter les tares organiques plus ou moins profondes.

Nous publierons ensuite un certain nombre d'observations personnelles recueillies par nous dans le service du Dr Brocq à l'hôpital Saint-Louis, qui viendront à l'appui de nos assertions, dans cette monographie bien résumée d'une affection courante dans la clientèle de cabinet.

HISTORIQUE

Nous serons bref sur ce chapitre.

Voici comment s'exprime le Dr Brocq dans un article paru dans la *Presse Médicale* (n° 58, 21 juillet 1900) et consacré à la description de l'éruption papulopustuleuse miliaire récidivante de la face : (1)

« Il est certain que l'affection que nous étudions a été depuis longtemps observée, mais jamais elle n'a été décrite avec précision, et il est probable qu'elle a toujours été considérée, comme une simple couperose. Nous ne prétendons pas créer une forme morbide spéciale pourvu que l'on veuille bien remarquer qu'elle n'est nullement comparable comme lésions élémentaires à la maladie que l'on considère encore en France comme constituant la couperose typique. »

Le docteur Brocq dit plus loin :

(1) Brocq, les éruptions pustuleuses miliaires récidivantes de la face, acné miliaire, acné eczématisé des auteurs. *Presse Médicale* 21 juillet 1900, n° 58.

« (1) Nous croyons que des cas analogues à ceux que vous avez sous les yeux ont été décrits sous les noms d'acné-érythématopustuleux, d'acné-télangiectasique.

Dans leur traité descriptif des maladies de la peau, Vidal et H. Leloir en parlant des papulopustules d'acné qui se produisent dans la couperose, s'expriment en ces termes : « C'est alors » (sur un fond de rougeur et de teborrhée huileuse) « que surviennent les pustules d'acné. Très volumineuses, violacées, à évolution lente, chez les sujets lymphatiques, elles ont le plus souvent la grosseur d'une tête d'épingle ; chez quelques personnes elles sont d'une petitesse remarquable et on peut constater, surtout sur le nez, sur le front et sur le menton, comme un semis d'acné miliaire ». Ces auteurs ne donnent aucun détail sur l'anatomie pathologique de ces lésions.

(2) E. Besnier et A. Doyon, dans leurs notes annexées à la deuxième édition française de Kaposi, parlant des diverses formes de la couperose, admettent une deuxième variété objective qui nous paraît également se rapporter aux faits que nous étudions :

« Erythème sébacé, avec irritation manifeste de l'appareil glandulaire, stéatorrhée où exfoliation, peau très irritable ; on est fort embarrassé de dire si l'on a affaire à un eczéma acnéique, où à un acné eczématisé et le malade subit souvent deux diagnostics dis-

(1) E. Vidal et Leloir : traité descriptif des maladies de la peau, p. 25.

(2) E. Besnier et A. Doyon : Notes annexées à la deuxième édition française des leçons de Kaposi, tome 1, page 751.

lincts de deux médecins consultés, l'un lui déclarant qu'il a un eczéma, l'autre qu'il a une acné ; beaucoup de ces malades, non tous, ont souvent de l'eczéma séborréïque latent du cuir chevelu, — acnéeczématisque ou eczéma acnéïque ou stéatosique de la face. »

Pour notre part, dit le docteur Brocq, nous n'établissions aucune identité, disons plus aucun rapprochement entre les papulopustules typiques d'acné que l'on observe dans les couperoses vraies et qui sont caractérisées par une inflammation profonde, une infiltration des téguments, une évolution de plusieurs jours, et les éléments exclusivement épidermiques, superficiels, éphémères que nous observons dans les cas d'éruption papulopustuleuse miliaire de la face.

Ajoutons que dans la couperose vraie, les éléments éruptifs acnéïques sont toujours circonscrits au nez, à la partie voisine du front, aux pommettes, au menton ; dans les cas que nous étudions, les papulopustules sont disséminées sans ordre sur toute la face ; elles sont beaucoup plus capricieuses dans leurs localisations et leurs allures. Il faudrait donc, si l'on range ces cas dans la couperose, les distinguer tout au moins avec netteté des formes considérées jusqu'ici comme typique de l'acné rosé.

« Ces mêmes caractères et le défaut de groupement des éléments éruptifs, nous empêchent de les ranger parmi les dermatoses que l'on a décrites sous le nom d'eczémas. On peut en effet se demander si dans le cas où l'on n'en ferait pas des acnés, on ne pourrait pas les

considérer comme des variétés de ce que l'on a appelé eczéma séborrhéique (nos séborrhéides) et cette hypothèse paraît d'autant plus soutenable qu'ils se compliquent parfois ainsi que nous le voyons chez certains malades, de séborrhéides pityriasiques de la face

« Nous sommes donc conduits, dit le Dr Brocq, en terminant, à ce que les éléments si caractéristiques d'aspect et d'allures constituent une forme éruptive bien spéciale qui s'observe surtout chez la femme. »

Unna (Rosacea Medisinische Klinik, 1907, page 1067, 1101, 1132, 1168, 1194) semble faire de l'éruption papulopustuleuse miliaire récidivante de la face, une phase de la Rosacea (acné rosé des auteurs).

Ainsi, d'une façon générale nous croyons que l'affection qui fait l'objet de ce travail a toujours été englobée dans le cadre de la couperose dont elle doit être nettement distinguée ou tout au moins considérée comme une forme clinique spéciale.

Nous nous efforcerons de mettre en relief les caractères pathognomiques de la papuleuse miliaire, qui nous permettront de la différencier de l'acné rosé vraie avec lequel elle est confondue par la plupart des auteurs.

Puisque cette confusion des deux affections existe encore dans l'esprit de certains, nous croyons utile d'esquisser légèrement les principaux caractères et l'historique de la couperose, historique qui est en somme le même que celui de notre éruption papulopustuleuse.

(1) Le mot couperose vient des deux mots latins, gutta rosacea, employé par les médecins du moyen-âge, pour désigner les tâches rosées vasculaire apparaissant sur la figure de certaines personnes.

(2) C'est l'anglais Willan qui le premier, il y a de cela un peu plus d'un siècle appliqua l'appellation d'acné à la maladie de peau baptisée gutta rosana, par les médecins du moyen-âge, Ambroise Paré en particulier. Or, si l'on s'en rapporte au professeur Unna de Hambourg, Willan n'employait pas du tout le terme d'acné dans son acception contemporaine. Il n'entendait nullement faire de son acné une affection des glandes tébacées, ainsi qu'il advint dans la suite.

Or déjà Rayer dans son traité de la maladie de la peau (1835), s'était insurgé contre une confusion qui allait devenir de pratique courante. Il avait consacré deux chapitres distincts à l'acné vulgaire et à la couperose, couramment dénommée acné « rosacé ». Il a nettement séparé ces deux dermatoses l'une de l'autre.

Pour Dévergie, la couperose était une affection des capillaires sanguins et quand les glandes tebacées étaient intéressées, c'étaient à titre accidentel. Aussi distrayait-il la couperose de la classe des acnés.

Hardy adopta le même point de vue.

Besnier et Doyon dans leurs annotations au traité des

(1) Unna Medizinische Klinik 1006. page 10-67.

(2) Nous avons pris les renseignements dans le journal du Dr E. Ricklin. 18 novembre 1909 : Nature et traitement de la couperose (acné rosanes) par Ricklin d'après Unna.

maladies de la peau de Kaposi, jugèrent utile de faire cette remarque au sujet de la facilité, admise par ce dernier, de faire le diagnostic de couperose ; « Nous considérons au contraire que des exceptions très nombreuses à cette facilité du diagnostic de l'acné rosacé se présente dans la pratique, quand il s'agit, après avoir établi le diagnostic d'acné vasculaire, d'acné sanguine, de distinguer les variétés les unes des autres ; les difficultés principales s'établissent entre l'acné rosacé et le lupus érythémateux de la face dont quelques variétés effleurent étroitement l'acné érythémateux, quelques variétés de lupus pernio ; l'eczéma steatosique du visage, le poriasis de la région centrale de la face.

En Allemagne, Hebra, dont l'autorité fut si grande en Dermatologie, a soutenu la thèse d'une distinction fondamentale à établir entre l'acné vulgaire et l'acné « rosacé » ou couperose, deux affections cutanées qui n'ont qu'une manifestation commune, la pustule acnéique, susceptible de manquer dans la glande.

Auspitz (1881) rangeait la couperose dans les dermations angioneurotiques dépendant d'un trouble de l'innervation vasomotrice.

Jarisch (1900) s'élevait contre l'erreur qui consiste à englober la couperose dans l'acné, étant donné que le fond de l'affection est constitué par des processus hyperémiques. De toute les maladies de peau la couperose est selon lui celle à laquelle convient le moins la dénomination d'acné.

Lang (1902) ne veut pas non plus du rattachement de la couperose à l'acné, car il s'agit dans la première d'une « néoformation qui dans les cas les plus légers se réduit à une dilatation et à une faible multiplication des vaisseaux », le tissu conjonctif et les glandes sébacées, n'y participant que dans les cas les plus graves et les plus avancés.

Mais en Allemagne de tous les Dermatologistes, c'est Unna qui s'élève avec le plus de force entre le rattachement de la couperose à la famille des acnés.

Depuis tantôt 20 ans et quelques, Unna soutient que la couperose dénommée à tort acné rosacée est une maladie *sui generis*, une forme de l'eczéma séborrhéique. Pour Unna il n'existe qu'une acné, c'est celle qu'il qualifie de Juvénile, parce qu'elle constitue une dermatose de la puberté et de l'adolescence. Elle se développe entre l'âge de quinze et 25 ans. Cette acné là, qui est la seule vraie, porte sa signature propre sous le nom du comédon.

Pas de comédon pas d'acné soutient Unna. Or le comédon fait défaut dans les cas de couperose. Sans doute celle-ci à un moment donné se compliquera de folliculite, mais qui n'a rien à voir avec l'acné ponctuée et dont la nature bactérienne est encore à déterminer.

Bref, Unna oppose l'une à l'autre deux entités morbides foncièrement distinctes, dont on a prétendu faire deux simples formes d'une même espèce morbide : l'acné juvénile qui est un type de folliculite, la couperose qui

n'est qu'une modalité de l'eczéma séborrhéique, et c'est parce que la couperose a été reconnue pour n'être qu'une manifestation téborrhéique, qu'elle est devenue du même coup, aussi facilement et aussi radicalement curable que l'eczéma séborrhéique, si l'on en croit Unna. Encore importe-t-il d'attaquer le mal à ses débuts et pour cela il est indispensable de bien connaître ses manifestations les plus précoces.

(Nous devons ici ouvrir une parenthèse. Nous trouvons l'opinion d'Unna très optimiste en ce qui regarde la guérison de la couperose. En tout cas notre papuleuse miliaire, considérée par cet auteur comme une manifestation précoce de la Rosacea, est, nous le verrons, des plus rebelles et des plus tenaces, quoiqu'en dise le professeur de Hambourg).

La plupart des auteurs français modernes, Brocq en particulier, tendent également à établir une distinction très nette entre la couperose et l'acné. Nous sortirions de notre sujet en entrant dans le détail de toutes ces polémiques.

Esquissons maintenant les principaux caractères de la couperose telle qu'on la comprend aujourd'hui.

La couperose est une maladie de la peau circonscrite aux parties glabres du visage et dans laquelle l'élément vasculaire de l'avis de tous les Dermatologistes joue un rôle prépondérant.

L'on décrit trois phases à cette affection suivant l'intensité et la profondeur des lésions, les trois phases.

doivent être dans beaucoup de cas considérées comme des formes distinctes.

(1) 1^{re} phase. C'est la phase érythémateuse qui s'accompagne de simples taches érythémateuses affectant déjà des localisations bien spéciales, sur le nez, les pommettes, la partie médiane du front et le menton. A la surface de ces taches il y a souvent un peu de séborrhée huileuse. Un degré plus accentué de cette phase est caractérisé par l'apparition de dilations vasculaires peu marquées d'abord, qui tendent par la suite à s'élargir et s'anastomoser, pour former de vastes nappes sélangiectasiques. Dans cette forme, il peut y avoir une séborrhée très intense, de la tuméfaction du nez, de la dilatation des orifices sébacées, une sensation d'abaissement de température sur les téguments atteints qui peuvent prendre parfois une teinte rouge violacée et bleuâtre.

2^e phase. Cette deuxième phase constitue, d'après le D^r Brocq, l'acné rosacée typique. Les telangiectasies deviennent variqueuses, et se constituent anatomiquement. A leur surface apparaissent des papulopustules acnéiques, de dimensions variables, et aussi, quelquefois des papules non suppurées. L'apparition des papulopustules acnéiques, peut-être primitive, et tout autour d'elles se développent des telangiectasies.

3^e phase. Elle se caractérise par l'hypertrophie considérable des éléments vasculaires et populeux, c'est le rhinophoma,

(1) Brocq, traité élémentaire de dermatologie pratique.

En résumé notre éruption papuleuse miliaire a le même historique que la couperose puisque, jusqu'à ces dernières années, elle avait été confondue avec cette dernière affection.

Déjà avant 1900 à l'hôpital Broca, le Dr Brocq dans ses leçons cliniques et à ses consultations particulières dans son service, ne manquait jamais d'attirer l'attention de ses élèves sur les cas très spéciaux d'éruptions papuleuses fustuleuses miliaires récidivantes de la face. Il a publié dans la presse médicale du 21 juillet 1900 n° 58, un article (1) détaillé au sujet de ces éruptions, article auquel nous avons fait de larges emprunts. L'éruption est décrite dans la dernière édition du traité élémentaire de dermatologie pratique de Brocq (2).

Nous serions heureux si cette thèse pouvait confirmer une fois de plus les idées du Docteur Brocq qui le premier a mis en relief le type clinique bien défini des éruptions papulofustuleuses miliaires récidivante de la face qui doivent être décrites à part des formes vulgaires de la couperose avec lesquelles elles avaient été confondues jusqu'à une époque encore récente. Nous avons joints sur l'étiologie et la pathogénie des lésions quelques hypothèses personnelles.

L'affection a d'ailleurs d'intimes relations avec l'acné rosé vraie, elle peut exister à l'état pure, sans couperose telangiectasique ou acnéique mixte et c'est ce

(1) Brocq : Les éruptions pustuleuses miliaires récidivante de la face ; acné miliaire, acné eczématisé des auteurs. (Presse médicale, 21 juillet 1900, n° 58.

(2) Traité élémentaire de dermatologie. Brocq, p.

qui légitime cette étude, mais elle coexiste souvent avec elle : on peut observer des séries de faits de passage entre l'élément papulo pustuleux miliaire et l'acné typique de la couperose vraie ; on ne peut donc séparer d'une manière absolue, tranchée, la forme morbide que nous étudions, de la couperose vraie. Elle peut lui être annexée comme forme clinique spéciale.

DÉFINITION

L'éruption papulopustuleuse miliaire récidivante de la face est constituée par l'apparition sur le visage de papulopustules, caractérisées essentiellement par :

- 1^e) La petitesse des éléments.
- 2^e) leur dissémination miliaire.
- 3^e) leur récidivité.
- 4^e) leur évolution à poussée successives.
- 5^e) leur apparition sur un fond plus ou moins télangiectasique des téguments.

Nous aurons à décrire une forme moyenne,
une forme intense,
une forme légère de l'affection.

Symptômes et Description. — Nous envisagerons la forme moyenne, soit un cas type, celui qui se présentera le plus familièrement au médecin.

C'est une femme de 35 ans, qui nous consulte. Depuis deux ans déjà elle a vu apparaître sur son visage des

rougeurs qui s'accompagnent de petits boutons très fins.

Ceux-ci apparaissent sur la face un peu partout avec indifférence, sans localisations spéciales en des points particuliers.

Ils surgissent avec une rapidité extrême, de la veille au lendemain, dans l'intervalle de quelques heures parfois.

La durée de leur évolution est variable, de 3 à 6 jours, quatre jours en moyenne, puis ils s'éclipsent aussi subitement qu'ils sont apparus, pour se reformer d'une façon aussi soudaine en d'autres points du visage.

L'évolution ne se fait point d'une façon continue, il y a des périodes où la malade se trouve relativement bien. Quelque fois même, bien que rarement, le visage est entièrement dépourvu de boutons.

Mais ces moments d'accalmie sont rares et la malade elle-même ne s'y laisse pas prendre. A la suite d'une cause occasionnelle quelconque, le plus souvent émotive, l'éruption envahit à nouveau le visage pour se reproduire avec la même intensité, et les mêmes caractères précédemment décrits.

La pauvre femme a souvent tout essayé pour faire disparaître ces poussées qui la défigurent ; que de médecins et surtout, que de pharmaciens elle a consulté !

Les spécialités de journaux qu'elle a employée sans résultat ne se comptent plus, avant d'échouer en désespoir de cause à l'hôpital Saint-Louis.

Si nous approfondissons un peu l'interrogatoire de

notre malade, elle nous dira que les poussées surviennent de préférence à certaines époques.

Elle a remarqué qu'au moment des règles, il se produit une recrudescence plus active des éléments éruptifs.

Ceux-ci sont beaucoup plus tenaces, la congestion de la face est elle aussi beaucoup plus grande — il en est de même à certaines périodes de l'année. . .

Les boutons s'épanouissent davantage aux changements de saison, principalement au commencement du printemps et de l'automne. C'est alors une véritable floraison, pendant l'été au contraire, et dans le courant de l'hiver, il semble se produire une sorte d'accalmie.

Les poussées peuvent parfois ne jamais s'accompagner d'aucuns phénomènes subjectifs, mais le plus souvent il existe des sensations douloureuses sous forme de congestions pénibles de la face, de sensation de tension des téguments, avec parfois tendance impulsive au grattage. Nous verrons surtout ces phénomènes avec les formes associées que nous étudierons plus loin.

Cette femme présente un bon état de santé général apparent. Il n'y a ni fièvre ni amaigrissement.

Telle est en résumé l'histoire d'un sujet porteur d'éruption papulopustuleuse miliaire de la face.

Étudions maintenant les symptômes à un point de vue objectif.

Ce qui frappe à première vue, c'est la rougeur, la congestion du visage ; la malade est parfois véritablement cramoisie.

Les localisations de cette congestion semblent être très irrégulières et viennent confirmer ce qu'on nous disait tout à l'heure ; aujourd'hui les rougeurs et les boutons sont principalement disséminés sur les pommettes et les ailes du nez. Il y a quelques jours c'était autour de la lèvre supérieure et sur le menton que la floraison était nous dit-elle la plus forte ; Quand nous verrons la malade prochainement il y aura de nouvelles surfacesensemencées.

C'est le plus souvent sur ces surfaces congestives que nous voyons les éléments primitifs qui serviront de base à l'établissement de notre diagnostic.

L'étude de cet élément primitif et son examen attentif, constitueront la recherche primordiale pour différencier la dermatose.

L'élément primitif est ici formé par une petite élevation de la peau résistante et circonscrite qui lorsque son évolution est achevée, peut se couronner d'un petit soulèvement de l'épiderme rempli par de la sérosité louche ou franchement purulente ; mais reconnaissons ici la description de la papulopustule. Dans les formes pures de l'affection, ce sont des papulopustules en miniature, dont le volume ne dépasse pas la grosseur d'une tête d'épingle, tout au plus d'un grain de millet.

Nous insistons particulièrement sur ce *nanisme* des papulopustules. C'est un des caractères essentiellement distinctif qui nous servira pour le diagnostic différentiel.

Ces papulopustules font une très légère saillie au-

dessus des téguments, dont on peut s'apercevoir en passant doucement la pulpe de l'index sur les régions atteintes. Leur centre est d'un jaune blanchâtre, il est constitué par un tout petit soulèvement de l'épiderme, par une sérosité purulente. Après l'ouverture de la pustulette, il reste une toute petite dépression arrondie qui se cicatrise et disparaît avec la plus grande rapidité.

Il ne persiste jamais de cicatrice vicieuse.

Comme nous l'avons déjà fait entrevoir, cet élément peut reposer sur un fond primitivement érythémateux, c'est-à-dire que la rougeur des téguments précède l'apparition de la papulopustulette, mais cette dernière, dans les formes pures, se développe presque toujours sur une peau en apparence saine, et le plus souvent, on peut voir rayonner tout autour d'elle, comme une auréole, des téléangiectasies qui, par la suite, après l'évolution de l'élément, diminuent d'étendue et tendent à disparaître complètement.

Cette base téléangiectasiques est constituée par des taches érythémateuses, dont la surface est parcourue par un réseau très fin d'arborisations vasculaires.

Les limites de ces taches sont imprécises ; elles sont diffuses et viennent insensiblement se dégrader sur la peau qui paraît saine ; elles forment par places en se fusionnant des placards d'étendue variable. Leur rougeur disparaît complètement sous l'application du compresseur en verre. Il y a donc congestion, dilatation passagère des vaisseaux, mais aucune infiltration du

tissu dermique ; c'est encore un caractère que nous devons bien mettre en relief.

Le groupement des éléments primitifs et leur dissémination à la surface de ces tâches présentent aussi le plus grand intérêt. Les papulopustules forment un semis miliaire dans les localisations diverses qu'elles affectent sur la face, ayant toutes ce caractère de finesse à la fois propre à chacune d'elle et commun à toutes. Leurs dimensions sont à peu près égales : ainsi il n'y a pas un élément, relativement plus gros à côté d'un plus petit, il y a un grand nombre de petits éléments répandus un peu par tout le visage. Le plus souvent ces éléments sont discrets bien distincts les uns des autres, plus rarement ils sont groupés au nombre de quatre ou cinq, exceptionnellement ils sont confluents.

Ce groupement de papules miliaires et cette constance dans leur volume sont deux autres signes distinctifs importants. En examinant la peau du visage vierge d'éléments éruptifs, nous voyons que celle-ci paraît saine mais elle est d'une finesse très grande et d'une fragilité extrême. Il en est de même de tous les téguments à la surface du corps bien que ceux-ci ne présentent pas traces de papulopustules, ni d'éruption quelconques, l'affection se localise donc exclusivement à la face, Il nous faut maintenant examiner les différents organes et appareils de la malade.

Du côté du cuir chevelu on observe fréquemment de la séborrhée et du pityriasis simplex qui s'accompagnent

de chute des cheveux et de démangeaisons plus ou moins vives.

L'appareil digestif est le siège de différents troubles fonctionnels que nous étudierons en détail au chapitre de l'étiologie.

Nous devons signaler la dentition déplorable dans la plupart des cas. Les dents qui restent sont cariées. Il y a un grand nombre de racines non soignées qui occasionnent un véritable état de septicémie buccale et donnent à l'haleine une très mauvaise odeur.

L'examen de l'estomac nous a révélé souvent une ptose de l'organe sans dilatation, qui s'accompagne de clapotage et de douleur à la pression dans la région épigastrique.

A l'analyse du suc gastrique pratiqué chez plusieurs de nos malades, l'acide Chlohydrique libre n'existe pour ainsi dire pas.

La teneur en acide Chlohydrique combiné organiquement est généralement au-dessous de la moyenne. Nous avons décélé une quantité considérable d'acides par fermentations, principalement de l'acide lactique et de l'acide butyrique.

Les peptones sont peu abondants.

Les malades présentent en somme les symptômes de la dyspepsie hypochlohydrique.

L'évacuation de l'estomac est légèrement retardée. Jamais on ne constate cependant de troubles organiques graves.

Du côté de l'intestin, il existe souvent de l'enterite

mucomembraneuse. Nous reviendrons plus loin au chapitre de la pathogénie sur les rapports étroits de cette affection intestinale avec l'acné miliaire.

Signalons également l'entéropose, que nous avons observée chez la plupart de nos malades avec les phénomènes de corde colique, spasmes intestinaux, matières ovillées et constipations, dégoût du lait, tout le syndrome enfin si bien décrit par Glénard.

Le foie est quelquefois abaissé, jamais nous ne l'avons trouvé augmenté de volume. La teneur urée est légèrement au-dessous de la moyenne.

La rate est normale comme dimensions.

Appareil génital. — Nous reviendrons plus loin sur les troubles génitaux principalement menstruels.

Le plus souvent l'utérus est en antéversion. Il n'y a généralement pas de pertes blanches ni de phénomènes de métrite.

Du côté de l'appareil urinaire signalons la ptose fréquente du rein droit.

Urines. — Les urines sont assez abondantes. Nous devons noter une augmentation de l'acidité urinaire à peu près constante, de l'hyperchlorurie et un peu de phosphaturie facteurs qui se retrouvent dans les états tuberculeux.

Nous avons presque toujours trouvé par l'acide nitrique l'apparition d'une coloration rosée qui pour quelques auteurs indique un certain degré de sclérose rénale.

Les rapports urologiques sont normaux.

L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Appareil circulatoire. — Il n'y a pas de lésions organiques du cœur. Le pouls le plus souvent ralenti bat à 60. La tension artérielle oscille de 18 à 20.

Nous devons dès maintenant signaler le mauvais état de la circulation périphérique, les troubles asphyxiques des extrémités avec sensation de refroidissement, les phénomènes trouveraient leur explication dans une insuffisance relative de la fonction thyroïdienne qui par l'intermédiaire du système nerveux réglerait les circulations locales.

Le corps thyroïde est en tous cas objectivement sain. Au chapitre de l'étiologie nous verrons un certain degré d'instabilité dans son fonctionnement.

Poumons, — A l'auscultation des poumons : respiration normale. Dans les cas examinés nous n'avons jamais retrouvés de signes de tuberculose pulmonaire même au début.

Système nerveux. — Il n'existe aucuns troubles profonds du côté du système nerveux. La sensibilité, les reflexes sont absolument normaux. Mais tous les malades présentent un état d'émotivité caractéristique. Ce sont tous des névropathes.

Nous avons déjà parlé de l'état général qui est bon en le sens que le malade n'a pas de maladies graves, cependant nous sommes en présence de petits tempéraments sujets à la fatigue. Si organiquement nous ne constatons pas de lésions profondes chez les porteurs

d'éruption miliaire, nous verrons chez eux de graves désordres au point de vue fonctionnels.

Telle est aussi complète que possible, la symptomatologie présentée par un sujet atteint d'éruption papulopustuleuse miliaire récidivante de la face.

Nous avons cru plus intéressant de décrire la maladie sous la forme d'une observation clinique, en essayant de rendre aussi vivants que possible, les symptômes primordiaux sans négliger pour cela l'examen des différents appareils de la vie organique, dont le degré de fonctionnement peut jeter une vive lumière sur la pathogénie des lésions.

Étudions maintenant les différentes formes de l'affection.

Nous venons de décrire l'affection dans sa forme moyenne et pure. Il existe des formes intenses ou légères et des formes associées, nous devons les étudier maintenant.

Dans la forme intense, la figure, nous dit le docteur Brocq (1), dans sa totalité et presque totalité, est comme criblée par les éléments pustuleux dont le volume peut quelquefois atteindre celui d'une très grosse tête d'épingle. Ils reposent sur une base plus ou moins inflammatoire, parfois assez nettement papuleuse d'un rouge vif, et tout autour s'irradient presque toujours des télangiectasies volumineuses. Les personnes qui en sont atteintes sont véritablement défigurées et elles souffrent de sen-

(1) Presse médicale 1900, n° 58, 21 juillet.

sations de cuissons, de brûlures et de congestion des plus pénibles du visage. Le visage est rouge vultueux. A première vue on se croirait en présence d'éruption artificielle.

Cette forme évolue comme les autres, d'ailleurs par poussées successives, mais elles sont ici subintrantes, de telle sorte que la figure peut être plus ou moins criblée de papulopustules, plus ou moins rouges et tuméfiées suivent les périodes, mais elle n'est jamais à l'état de calme absolu.

Quand elle atteint ce degré d'intensité, cette affection est méconnue dans sa véritable nature, par la plupart des praticiens, qui en font de l'impétigo ou de l'acné simple ou qui pensent même parfois aux fièvres éruptives. Elle diffère de ces dermatoses, par son aspect particulier, par le petit volume des lésions élémentaires, par leur caractère pustuleux d'emblée, par leur dissémination et leur localisation si spéciale, par leur rapide évolution et leurs incessantes récides.

Cette forme est heureusement la plus rare.

La forme légère est de toutes la plus fréquente.

Elle est presque toujours marquée par un peu d'eczéma séborrhéique pityriasique. Elle siège surtout sur les faces latérales et les ailes du nez, les parties voisines des joues et le menton, elle est caractérisée par de toutes petites pustulettes où papulopustulettes à base rouge, qui peuvent reposer sur la peau, primitivement saine du nom en apparence, mais qui, nous le répétons, se forment souvent sur une base persistante de sébor-

rheides pityriasiques en plaques. Les sensations douloureuses se bornent dans ces cas à quelques démangeaisons ou cuissons assez peu accentuées et toujours à des bouffées de chaleur plus ou moins pénibles.

Il nous reste à passer en revue les formes associées.

FORMES ASSOCIÉES

Nous étudierons les formes associées avec :

La Couperose,

La Féborrhée.

L'acné.

L'eczéma.

Le Pityriasis simplex.

les paravieratoses psoriasiformes.

L'Urticaire.

Association avec la couperose. — La forme associée avec la couperose est très fréquente, c'est ce qui explique qu'on peut confondre les deux affections, surtout lorsque l'ané rosée est à sa période de début.

Entre notre forme pure d'une éruption papuleuse miliaire et la couperose véritable, avec des papulopustules d'acné vraies, il y a une série de faits de passage. Nous voudrions mettre ce dernier point en relief. Sous la forme pure de notre éruption pustuleuses nous avons en l'élément primitif de développer sur une peau en apparence saine, puis s'entourant d'une zone télangiectasique plus ou moins étendue, mais très souvent aussi, la

rougeur précède l'apparition de la pustulette qui dans ce second cas se développe sur un fond de couperose. Dans ces cas, les pustulètes sont disséminées sur tout le visage et ne présentent pas les localisations de l'acné rosé typique, nous sommes néanmoins en présence de formes mixtes intermédiaires, constituant des faits de passage. Ceux-ci ne peuvent être encore beaucoup plus accentués. A côté d'éléments miliaires disséminés sur tout le visage, sur une base congestive ou non, on remarque d'autres éléments beaucoup plus volumineux, irréguliers dans leurs dimensions, composés de papules et de papulopustules acnéïques vraies, reposant sur un fond de dilatation permanente des capillaires de la peau. Il est à remarquer dans cette association que les éléments miliaires semblent se développer sur les parties du visage qui sont restées saines en apparence, où sur un fonds simplement erythémateux, dans les parties du visage où les altérations vasculaires ne sont pas encore définitives. Rarement la pustulette miliaire apparaît sur des télangiectasies anatomiquement constituées.

Association avec la séborrhée. — L'association de l'éruption papulopustuleuse miliaire avec la séborrhée se voit-elle aussi très fréquemment ?

Nous trouvons dans cette forme une production exagérée de l'enduit gras, qui existe à l'état normal sur les téguments de la face et qui provient des glandes sébacées.

Cet enduit gras recouvre surtout le nez, les sil-

lons naso-géniens, les parties médianes et latérales du front. Sur toutes les régions, les orifices des glandes sebacées sont dilatés et « quand on exprime la peau entre deux ongles, lentement et progressivement, on fait surgir par tous les pores tebacés, avec quelques gros cylindres à tête noire, que l'on appelle comédons, d'innombrables filaments à tête jaune, beaucoup plus fins, qui constituent la lésion élémentaire propre de la téborrhée (Sabouraud) ».

Dans ces filaments on retrouve le bacille décrit par Sabourand que cet auteur considère comme pathogénomique de l'affection.

Nous avons également rencontré parfois, chez nos malades de la séborrhée du cuir chevelu, du vertex en particulier, mais jamais sur les autres parties du corps.

Association avec l'eczéma. — Les localisations de l'eczéma associé, avec l'éruption papulo-pustuleuse miliaire de la face, se font principalement sous les narines, autour des lèvres où elles peuvent se compliquer de pityriasis simplex et de parakératoses psoriasiformes. Cet eczéma est tantôt sec ou squameux, tantôt rouge foncé suintant croûteux, avec tuméfaction douloureuse des lèvres et impossibilité de les mouvoir.

Mais le plus souvent l'eczéma revêt des formes légères. Le Prurit et les cuissons existent au plus haut degré dans ces formes eczémateuses. On peut également constater dans certains cas de l'eczéma orbiculaire des lèvres.

Association avec le pityriasis simplex. — C'est une association également très fréquente. Elle coïncide ordinairement avec les formes légères de l'affection.

Les dermatoses, que l'on désigne actuellement sous le nom de pityriasis simplex, sont les dartres furfuracées, dartres volantes, des anciens auteurs. Nous savons qu'elles se présentent sous forme de plaques à peine rosées, qui se recouvrent d'une desquamation farineuse, blanchâtre, d'une grande finesse, au-dessous de laquelle quand on l'enlève le derme paraît rosé.

Cette association se voit surtout chez les jeunes femmes de 25 à 30 ans.

Association avec les parakératoses psoriasiformes. — C'est une association à peu près de même nature que la précédente, mais constituant une forme plus accentuée.

Nous voyons sur le visage des taches présentant le caractère des parakératoses psoriasiformes, c'est-à-dire d'un rouge vif ou pâle, une infiltration plus ou moins marquée du derme sous-jacent.

Ces taches sont recouvertes de squames blanches, parfois très adhérentes, mais moins épaisses et stratifiées que dans le psoriasis. Il peut y avoir à la surface de ces taches eczématization où impétéginisation.

C'est sur le rebord des paupières, au pourtour des lèvres et dans les régions auriculaires que nous voyons surtout ces taches de parakératose psoriasiforme.

Le prurit peut-être très intense dans cette forme associée.

Association avec l'acné. — Cette association se rencontre-t-elle aussi souvent. A côté des papulopustules miliaires, sur leur fond erythémateux nous retrouvons certains éléments dont la structure est celle du comédon, qui peuvent présenter une réaction inflammatoire, formant aussi la papulopustule acnéique.

Association avec l'urticaire. — Outre les papulopustulettes miliaire, on rencontre dans cette association, des rougeurs non papuleuses au centre desquelles on voit une croutelle peu colorée, un peu déprimée, paraissant être consécutive à une excoriation minuscule de 1 millimètre à un millimètre et demi de diamètre ; ces dernières lésions sont des vestiges d'éléments d'urticaire excoriés.

C'est à leur niveau que la malade éprouve le plus de démangeaisons. Elles sont surtout localisées aux pommettes, aux tempes et dans les régions voisines des joues.

PRONOSTIC

Quelques soient les formes de l'affection et leur superficialité, l'éruption papulo pustuleuse miliaire peut être désespérément tenace. En présence des formes intenses et associées le pronostic de durée doit être très réservé.

Le praticien doit être bien prévenu de ces faits afin de n'être pas trop optimiste vis-à-vis de son malade.

Le caractère de rébellion et de récidivité des lésions peut influencer fâcheusement l'état psychique des sujets dont le système nerveux est comme nous le verrons très impressionnable. Il ne faut donc pas non plus sous peine d'aggraver le mal être trop pessimiste vis-à-vis des malheureuses qui viennent chercher un encouragement chez le médecin.

Anatomie pathologique. — Il nous est très difficile à tous les points de vue de pratiquer des biopsies sur les papulopustulettes miliaires.

Les malades s'y opposent souvent et cette opposition coïncide presque toujours malheureusement avec les cas les plus typiques.

De plus l'opération est en elle-même fort délicate étant donné la petitesse des éléments.

Voici le résultat de nos recherches dans les deux cas où ces biopsies ont été possibles.

Les pustulettes miliaires sont développées aux dépens du corps muqueux de malpighi, et par leur évolution souvent à soulever les couches les plus superficielles de l'épiderme. Il se produit dans les tissus du corps papillaire, immédiatement sous jacent au corps de malpighi, une congestion assez intense avec dilatation des capillaires du voisinage. L'ensemble de ces phénomènes congestifs formerait une petite base papuleuse à la pustulette.

L'élément primitif est donc nettement intraépidémique. C'est ce qui nous explique son caractère de superficialité. Les papulopustulettes sont à fleur de peau.

Microbiologie. — Les examens bactériologiques que le Docteur Brocq fit pratiquer par les Docteurs Lenglet et Veillon ont donné quelques renseignements sur la nature réelle de ces lésions.

M. Lenglet a trouvé dans quelques cas que ces petites papulopustules miliaires étaient stériles.

En recueillant leur contenu avec une très fine pipette et en les traitant par les divers colorants, thionine, violet de gentiane, ziehl, gram, etc., il n'a pu y trouver que des leucocytes très abondants polymucleaires, sans aucun microbe ni à leur intérieur ni en dehors d'eux.

En dissociant des pustulettes semblables dans un peu de bouillon et en les semant sur gelose, sur gélatine ou dans du bouillon simple les miliaires sont restés absolument stériles.

Cependant dans d'autres cas M. Veillon et Lenglet ont trouvé au niveau de ces pustules un microbacille spécial assez analogue au microbacille de la téborrhée et du comédon acnéique de Menahin-Hodara, Sabouraud, et un staphylocoque blanc.

M. Sabouraud dans une lettre au docteur Brocq qui lui demandait s'il n'avait jamais rien trouvé, au point de vue microbien dans les papulopustulettes miliaires fait la réponse suivante.

« Je connais dans la couperose une éruption très

particulière de vésicules plus grosses que les vésicules eczématisques, plus rares, plus disséminées très récidivantes, difficile à traiter qui sont :

« Amicrobiennes.

3° « Je connais des pustulettes miliaires occupant le centre de papules relativement grosses par rapport à la pustule qui les centre. On trouve toujours du staphylocoque le plus souvent greffé sur une infection microbillaire préalable.

Sabourand, dans les descriptions, a en vue notre éruption papulo pustuleuse miliaire. Nous voyons qu'il est arrivé aux mêmes résultats que MM. Veillon et Lenglet, dans ses recherches microbiologiques.

Sabourand croit que d'une façon générale toute pustule, intraépidermique est saphylococcique : exception faite pour quelques pustules d'acné microbacillaires pures. Cette proportion, comme Schéma, dit-il est véridique. Nous avons fait nous mêmes quelques recherches personnelles. Nous avons obtenu des résultats encore moins complets que les auteurs précédents.

Ce qu'il nous faut retenir c'est que la pustule est intra épidermique et qu'elle est souvent microbienne et comme le dit le Dr Brocq, l'amicrobisme, dans certains cas de ces éléments est un puissant argument pour les distinguer les papulopustules d'acné.

Étiologie. — Nous allons maintenant rechercher l'étiologie et la pathogénie des lésions.

Ce chapitre est le plus difficile et aussi le plus intéressant de la question.

Nous y insisterons particulièrement.

Après quelques considérations générales que comporte toute description étiologique, nous envisagerons des causes tenant à un fonctionnement organique défectueux, ayant pour point de départ un trouble de tel ou tel appareil en particulier et donnant naissance à un désordre local qui n'est lui-même que secondaire.

L'éruption papulo-pustuleuse miliaire de la face, se produit surtout chez la femme. On en cite pourtant quelque cas chez l'homme ou l'enfant. Ces faits sont très rares et constituent l'exception.

L'âge n'est point indifférent non plus à l'apparition de l'affection, qui survient ordinairement chez les femmes de 28 à 40 ans. Les formes pures se constatent surtout entre 30 et 35 ans.

L'association avec l'acné et le pityriasis simplex se rencontre chez des sujets relativement plus jeunes, de moins de 25 ans parfois.

Au contraire l'association avec la couperose se voit aux environs de 38 à 40 ans. Il en est de même des formes associées avec l'eczéma.

Ces données étiologiques des formes associées répondant bien à la logique des faits. Nous savons que l'acné est plutôt une affection des sujets jeunes, tandis que la couperose est une affection de l'âge mûr.

La profession intervient-elle aussi comme facteur étiologique. Les femmes forcées de mener une existence sédentaire sont souvent atteintes de papuleuse miliaire, dont nous signalerons l'extrême fréquence, chez les.

premières des grands ateliers, les vendeuses de magasins, les employées des postes, les institutrices.

C'est dans les villes et les grandes agglomérations, presque jamais dans les campagnes, que s'observe l'affection. Cette dernière ne se produit pas non plus dans toute l'échelle de la société ; indifféremment, mais se confine dans une certaine aristocratie ; très fréquente dans le milieu aisé ; rare au contraire dans les classes populaires, elle est beaucoup plus souvent diagnostiquée dans le cabinet de ville du médecin que dans les consultations d'hôpital.

Nous avons parfois retrouvé dans les antécédents, une hérédité névropathique et de l'alcoolisme paternel.

Dans les antécédents personnels, nous n'avons jamais observé de maladies graves.

Les conditions climatologiques interviennent-elles aussi dans l'étiologie, comme nous l'avons déjà fait entrevoir.

L'acné miliaire s'exagère pendant les saisons de transition, au printemps et à l'automne, pour présenter parfois des rémissions presque complètes en été et en hiver. C'est en somme une affection des périodes critiques et fluxionnaires. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Après ces données étiologiques, diverses, que nous ne pouvions considérer comme négligeables, abordons l'étude des causes proprement dites ; nous nous efforçons de schématiser aussi clairement que possible l'exposé de notre conception.

Voici quels sont à notre avis les facteurs essentiels

qui occasionnent l'apparition des éruptions papulopustuleuses miliaires récidivante de la face.

1^o) Une prédisposition cutanée familiale, vraisemblablement héréditaire qui rend les téguments de la face hyporésistants : nous avons souvent retrouvé dans les antécédents de nos malades des cas d'érythrose du visage soit chez la mère, un frère, une sœur ou un parent. Nous ne reviendrons plus sur ces faits.

2^o) Un trouble de circulation de la région faciale, nous sommes en présence d'un élément de nature congestive, apparaissant dans les formes pures, sur une peau en apparence saine et s'entourant d'une zone télangiectasique plus ou moins étendu et non permanente. Dans les formes associées avec un léger degré de couperose, les papulopustulettes apparaissent comme nous l'avons vu sur un fond primitivement erythémateux.

3^o) Un trouble de nutrition du côté des téguments de la face donnant naissance à des pullulations microbiennes anormales qui entraînent elles-mêmes l'apparition des papulopustulettes.

Le trouble circulatoire est indéniable, nous savons que la congestion du visage est un des symptômes primordiaux et des plus pénibles de l'affection. Nous sommes en présence de malades qui pour un rien ont des bouffées de chaleur.

Nous aurions donc à rechercher avec le plus grand soin les causes qui peuvent donner naissance à cette facilité de la congestion faciale chez nos sujets porteurs d'acné miliaire.

Mais beaucoup de personnes rougissent facilement, ont des tâches erythémateuses éphémères sur le visage, et ne sont point forcément atteintes pour cela d'éruption papulopustuleuse miliaire. Si la facilité à la congestion faciale est un facteur nécessaire, il n'est point en effet suffisant pour produire à lui seul l'apparition des lésions. Il existe à notre avis un désordre nutritif local, ayant des conséquences toxiques, qui, joint au défaut de bonne irrigation, exhalle dans les téguments un état de moindre résistance, la virulence des microbes buccaux de la peau, ordinairement saprophytes.

Ce désordre nutritif local a vraisemblablement pour origines un certain degré de toxicité sanguine dont nous aurons à rechercher les causes.

Nous sommes, en résumé, en présence d'un trouble quantitatif et qualitatif de l'irrigation du sang.

Nous allons nous efforcer de donner à ces phénomènes une explication rationnelle.

Nous ne voudrions pas imposer notre opinion. Nous formulons les hypothèses qui nous ont paru les plus plausibles et les plus vraisemblables. Elles sont très simples et basées en somme sur des notions élémentaires de physiologie et de chimie biologique.

Pourquoi le sang est-il mal distribué ?

Pourquoi est-il toxique ? Le problème est là.

Nous essayerons de le résoudre dans la mesure du possible et nous verrons que les éruptions papulopustuleuses miliaires récidivantes de la face reconnaissent principalement pour causes :

1° des troubles cérébraux d'ordre émotif et d'hypercongestion.

2° des troubles digestifs consistant surtout en phénomènes d'hypocongestion et de fermentations microbiennes intestinales anormales.

3° des troubles génitaux dus à de l'hypocongestion et principalement menstruels.

Les troubles circulatoires de la face chez le sujet porteur d'acné miliaire, tiennent à la mauvaise distribution d'un sang toxique par les fibres vasomotrices, qui plus où moins directement, proviennent elles-mêmes, d'un axe cérébro spinal anormalement ébranlé.

Nous savons que le système nerveux règle les circulations locales à l'aide des nerfs vasomoteurs. Tout trouble de distribution sanguine régionale sera donc pour nous synonyme de trouble vasomoteur.

Nous allons dans le cas particulier qui nous intéresse, rechercher la cause des mauvais fonctionnements des vasomoteurs, qui charrient du sang de composition anormale. Pour expliquer ces troubles, nous devons nous appuyer sur les principes suivants :

1° Tout organe qui fonctionne normalement, doit recevoir une quantité de sang de bonne qualité, à peu près constante, nécessaire et suffisante pour un fonctionnement régulier.

Exemple : L'estomac qui digère doit être suffisamment irrigué, l'utérus pendant la menstruation suffisamment congestionné ; les muscles au moment de leurs

contractions doivent être gorgés d'une certaine quantité de sang.

2° Si le bon fonctionnement de l'organe exige une quantité suffisante de sang, celui-ci ne doit pas être non plus en trop grande abondance sinon la fonction sera troublée ; c'est la théorie du ni trop ni trop peu. Chacun de nos organes possède une capacité sanguine utile, variable suivant les sujets mais toujours fixe chez le même individu. Cette capacité sanguine est accrue dans l'organe qui d'une façon constante fonctionne anormalement trop. Il y a dans cet organe appel d'une plus grande quantité de sang au détriment de la circulation des organes qui par leur fonctionnement trop faible se laissent le plus facilement accaparer leur part.

3° Tout organe qui ne fonctionne pas, renonce par là même à sa part de nourriture, c'est-à-dire de liquide sanguin qui se distribuera dans un organe en surfonction, dont les écluses sollicitées par le besoin anormal se laisseront très facilement forcer.

4° La bonne distribution vasomotrice entraînant le fonctionnement normal de l'organe, dépend de la bonne qualité et de la régularité des excitations reçues par l'organe. Ces excitations d'ordre psychique : physiques, mécaniques, chimiques, etc., transmises aux centres cérébrospinaux, sont réfléchies sous forme de réactions diverses, vasomotrices dans le cas qui nous intéresse et l'intensité de la réaction est rigoureusement proportionnelle à l'intensité de l'excitation.

C'est la nature anormale de l'excitation qui provoque

chez l'individu le trouble vasomoteur. L'excitation est trop faible dans l'organe qui *normalement*, dans un temps donné doit fonctionner, trop forte dans un autre organe qui normalement au même moment devrait rester repos. Ce qui revient à dire que les excitations sont trop faibles là où elles devraient avoir une force normale et trop forte là où elles ne devraient même pas exister.

5° Les excitations anormales et trop fortes, n'engendrent souvent pas de réactions anormales dans l'organe où elles ont pris naissance, mais dans d'autres organes de sensibilité plus grande qui se comportent vis à vis de la réaction comme des *locus minoris resistentiae*.

6°) Le sang puisé dans des appareils de nutrition fonctionnant mal aura lui-même une composition anormale.

La pathogénie des congestions faciales et de la toxicité sanguine découle de ces données générales.

Chez nos malades, il y a schématiquement déséquilibre entre les circulations vasomotrices qui sont plus intenses dans la tête, trop faibles au contraire dans certaines autres régions du corps, notamment dans les muscles, le tube digestif, le système génital, l'appareil respiratoire.

Ces phénomènes sont dus à des variations anormales correspondantes de l'excitant physiologique, et aussi à la présence d'existants non physiologiques, de nature particulière, qui viennent se surajouter pour augmenter la congestion faciale.

La vascularisation de la face est normalement in-

tense. Les plaies de la face se cicatrisent avec une rapidité étonnante, grâce à la richesse extrême des lacs artériels et veineux de la région qui constitue un véritable garage de sang. Ces faits nous expliquent pourquoi la face est un centre admirable d'hyporésistance vasomotrice vis-à-vis de la moindre impression venue du dehors ou du dedans chez les sujets ultrasensibles.

Causes cérébrales de la congestion faciale. — La face et le cerveau sont deux organes contigus et dont les connexions vasculaires sont intimes : toute réaction congestive cérébrale trop forte, aura sa répercussion faciale.

La face est la soupape vasculaire du cerveau dont elle mitige la pléthore sanguine.

Cette pléthore est intense chez nos sujets porteurs d'acné miliaire.

Leur cerveau s'autocongestionne par des excitations anormales intrinsèques d'ordre émotives qui secondairement provoquent l'empourprement du visage.

Nous sommes en présence de névropathes en état continu de tension cérébrale.

La moindre contrariété les émeut et peut les jeter dans le plus profond désespoir. Un rien provoque une crise de larmes. Elles se mettent facilement en colère, sont insupportables pour leur entourage,

Nous avons vu l'apparition de l'acné miliaire coïncider souvent chez nos malades avec une simple réprimande à l'atelier, tant soit peu injustifiée, des ennuis domestiques légers. Elles voient tout en pis et tournent tout en

mal. Quand chez ces sujets prédisposés survient un grand choc moral, qui a sa raison d'être, l'effet est désastreux et c'est à de grandes émotions que nous devons rapporter très souvent les causes d'éruption papulopustuleuses très tenaces et presque incurables.

Les lésions présentent des alternatives d'exagération ou de regression, suivant les périodes de troubles ou de calme moral observées chez nos malades.

Cette activité cérébrale anormale, due à des excitations psychiques trop vives, provoque dans toute la tête une accentuation permanente de la congestion.

L'organe « cérébro-facial » en hyperfonction se livre à un véritable travail d'épuisement vasculaire dans toute l'économie. Il pompe vers lui tout le sang laissé disponible dans la circulation générale, par les organes qui manquent d'excitation physiologique suffisante pour attirer à eux la congestion utile et nécessaire à leur fonctionnement normal. Bien plus, les mêmes organes sont le siège d'excitations de nature particulières, qui accroissent encore la précipitation du courant sanguin vers la région cérébro faciale, vaste réservoir aux écluses toujours ouvertes ; ces dernières excitations constitueront les excitations « cérébrofaciales » extrinsèques.

Etudions ces phénomènes dans les appareils ou organes en particulier qui se trouvent en état d'hypo-fonctionnement.

Troubles musculaires. — Il sont dus au manque d'exercice. Les sujets porteurs d'acné miliaire mènent une existence très sédentaire, cela par habitude ou à

cause de leur profession qui les oblige à rester assis dans une chambre toute une journée. Nos malades semblent d'ailleurs avoir une répulsion innée pour tout exercice. Celles qui pourraient sortir, s'adonner au sport de la marche admirable dans un air pur, préfèrent rester chez elles penchées sur d'interminables travaux d'aiguilles.

Ce manque d'activité musculaire provoque dans l'organe, un défaut d'irrigation manifeste qui cause un refroidissement général des régions périphériques du corps.

Le sang musculaire disponible, contribuera pour sa part à augmenter la congestion de la face où il sera toujours certain de recevoir l'accueil le plus empressé.

Troubles digestifs. — L'hygiène digestive de notre malade est aussi mauvaise que son hygiène musculaire.

Les troubles digestifs sont dus à des excitations anormales à la surface des muqueuses buccales, œsophagiennes, gastriques intestinales. Tous les sujets porteurs d'acné miliaire n'ont aucune idée des conditions absolument nécessaires à l'accomplissement d'un bon repas, nous prenons bon dans le sens de profitable.

Manger est pour eux une corvée d'autant moins ennuyeuse qu'elle sera expédiée le plus vite possible. De là les mastications hâtives, incomplètes, très souvent causées d'ailleurs par une insuffisance dentaire notable.

Les aliments à peine broyés, et incomplètement insalivés sont déglutés voracement.

Rien n'est plus vrai que ce principe : *Prima digestio in ore* et la plupart des dyspepsiés proviennent à notre

avis d'une mauvaise digestion buccale. Un aliment mal mastiqué est un mauvais existant de la sécrétion salivaire. *La première des sécrétions digestives*, constituant la base excitante physiologique des sécrétions gastriques et intestinales.

Ces glandes salivaires insuffisamment excitées seront le siège de phénomènes vasomoteurs trop faibles et pourtant, ce sont d'excellentes glandes, vastes, riches en vaisseaux, véritables organes de dérivation, des circulations cérébrales et faciales, dont elles pourraient emmagasiner la pléthore ! Mais nos malades (n'est-ce point un peu la faute du médecin) ne savent pas qu'elles ont ces greniers bienfaisants, sous le menton et à la partie latérale des joues, véritables réservoirs contre les débordements de l'inondation sanguine du visage ! Elles préfèrent lire en mangeant, se déranger de table à chaque instant (ceci hélas malgré elles quelquefois) ruminer leurs ennuis entre deux bouchées, faire valoir les qualités de leur art oratoire, forcer en un mot à plaire leur vasomoteurs cérébraux et de la face, plutôt, qu'ouvrir toute grandes leur écluses salivaires par une mastication lente et raisonnée, manière d'agir qui constituerait la meilleure saignée physiologique pour leurs faces cramoisies.

Cette salive secrétée, sous l'influence de ces excitations mauvaises, sera non seulement insuffisante en quantité, mais encore en qualité : liquide clair, presque aqueux, sans énergie physiologique, elle ne pourra accomplir son rôle digestif vis-à-vis des aliments aux-

quels elle devrait faire subir des modifications chimiques et physiques suffisantes.

Cette salive ne contiendra pas non plus les principes qui lui donnent un pouvoir antitoxique de premier ordre, que généralement on a le tort de ne pas mettre assez en relief et même quelquefois de nier. Ce pouvoir est à notre avis capital, aussi important même que les fonctions salivaires digestives. Ainsi, dans les annexes glandulaires de la bouche, cet antichambre du tube digestif, nous avons sans nous en douter, des réserves inépuisables d'antiseptiques physiologiques extrêmement puissants à notre entière disposition ! Nous négligeons de nous en servir ! Nous ignorons même leur existence !

Nous sommes les premiers coupables, nous autres médecins, N'est-ce point nous qui conseillons à nos malades, le salol, les betol, les naphтол en série de lettres grecques, et véritables armes à doubles tranchants, au lieu de prescrire le seul désinfectant naturel qui assainirait les muqueuses sans jeter le désordre dans les actes physiologiques dont elles sont le siège.

Cette action antiseptique de la salive n'est point seulement buccale, elle s'étend au tube digestif tout entier, et à l'organisme général.

Revenons au cas particulier de l'acné miliaire. La salive est incapable de neutraliser chez nos malades, les poisons de la flore bactérienne et de la faune microbienne, provenant des caries dentaires où importés par les aliments dans le milieu buccal. Il y aura constitu-

tion d'un bol alimentaire septique, incomplètement divisé mécaniquement, mal attaqué chimiquement, qui est ainsi dégluti dans l'estomac. Cet organe, d'après Pawlow doit se mettre en frais pour l'aliment avant son arrivée. Il a dû recevoir de la muqueuse buccale un avis d'expédition qui doit provoquer déjà dans toutes les glandes à acide ou à pepsine une sécrétion abondante de suc gastrique. Or, chez nos malades, les réflexes, émoussés par la mastication défectueuse, n'ont point la force de se transmettre de la bouche à l'estomac pour le prévenir. Le bol alimentaire arrivé à l'improviste, en étranger, dans la poche stomacale qui n'a rien préparé pour le recevoir.

Cet aliment mal insalivé, mal broyé, farci de poisons buccaux, regu en intrus, est loin d'être l'excitant physiologique de choix, pour la muqueuse gastrique, qui préférerait une bonne bouillie d'aliments, imprégnés de salive bien alcaline et bien bactéricide; aussi le suc gastrique sera-t-il pauvre en acide chlorhydrique et en pepsine.

L'afflux sanguin dans l'estomac est insignifiant; ainsi le sang qui doit servir à la digestion stomacal a toute liberté d'aller visiter les méandres hospitaliers de la circulation faciale dont l'intensité est encore accrue par des excitations réflexes directes parties de la muqueuse gastrique.

Nous nous séparons en partie des théories que Jacquet a émises à ce sujet. Pour cet auteur les excitations réflexes proviennent d'une irritation surtout mé-

canique de la muqueuse stomacale. Elles sont provoquées par un bol alimentaire mal broyé, jouant en somme le rôle de corps étranger, et par l'intermédiaire de l'axe médullaire, réfléchies à la face sous forme d'érystrose ; cette théorie expliquerait les congestions de la face chez les malades après le repas. Ces irritations mécaniques par les aliments sont à notre avis bien problématiques. Nous sommes en tout cas en plein domaine hypothétique.

Tout le monde est d'autre part, d'accord pour admettre l'existence d'excitants spéciaux agissant sur la muqueuse et provoquant par voie réflexe la congestion du visage. Nous devons citer le thé, le café, l'alcool, le vin, le vinaigre, le poivre, le chocolat, les mets épicés, les crudités dont nos sujets porteurs d'acné miliaire font en particulier, un abus quotidien. C'est d'ailleurs l'école de dermatologie française avec le Dr Brocq qui depuis longtemps déjà a mis en relief l'action nocive, les téguments en général, de toutes les substances que nous venons d'énumérer, action dont le point de départ a pour origine le tube digestif.

Par ces excitants artificiels divers, notre malade cherche à suppléer à l'excitant physiologique absent. Ce dernier est le seul qui sache proportionner à ses besoins l'intensité de la réaction.

Les premiers excitants beaucoup trop violents provoqueront des réactions trop fortes, non seulement dans l'estomac où ils ont pris naissance, mais encore dans les organes hypersensibles et d'hyporésistance vasomo-

trices comme la face. Bientôt même le pouvoir réactif de la muqueuse gastrique, s'émoussera complètement sous l'influence de ces excitations d'une brutalité extrême qui se refléchiront intégralement sous une forme congestive et nerveuse dans la région faciale en particulier.

Le chyme mal attaqué par le suc gastrique, séjournera dans l'estomac plus qu'il ne faudrait, afin de parfaire sa digestion le plus possible. Il sera le siège de fermentations anormales, insuffisamment combattues par la pauvreté de la sécrétion chlorhydrique, antiseptique par excellence.

Evacué dans l'intestin grêle avec un retard que l'on peut également attribuer à l'inertie relative des contractions du muscle stomacal mal irrigué, c'est un liquide déjà putride presque alcalin qui constituera pour les muqueuses duodénales un très mauvais excitant physiologique. Ces dernières, avec leurs glandes propres et leurs glandes annexes si importantes, le foie et le pancréas, seront le siège de phénomènes congestifs à peine marqués, tout à fait insuffisants, pour assurer la production de sécrétions normales, en quantité et en qualité.

Le sang disponible dans la circulation générale, au lieu d'affluer dans les vastes réservoirs du foie et du pancréas, en hyperfonctionnement, vient naturellement se placer dans les régions cérébrales et faciales en hyperfonctionnement.

Le chyle sera de qualité très inférieure. Les microbes y pullulent, grâce au faible pouvoir d'une bile peu anti-

septique, et la pauvreté des sucs pancréatiques et intestinaux, en principes actifs, aura pour conséquence une transformation chimique tout à fait incomplète des aliments qui restent à digérer. Le chyle d'une valeur nutritive très contestable, et toxique, est absorbé par les vaisseaux chylifères, puis conduit au foie par la veine porte. Le foie qui fonctionne mal, aura un pouvoir antitoxique presque nul et ne pourra qu'incomplètement neutraliser dans le sang provenant de l'intestin, les toxines qui passeront ainsi dans la circulation générale.

Le foie sera également un mauvais magasin, pour les substances qu'il doit mettre en réserve et un organe de dépuration insuffisant. Nous comprenons donc chez nos sujets porteurs d'acné miliaire, une partie de l'origine de cette toxicité sanguine qui intoxique le tissu cutané !

La flore bactérienne intestinale nocive se compose en grande partie à notre avis des agents buccaux qui ont pullulé à outrance dans les milieux favorables stomacaux et intestinaux.

Cette flore dans certains cas s'exagère au point de provoquer l'inflammation de la muqueuse intestinale. Cette inflammation d'origine infectieuse constitue les phénomènes d'entérite, particulièrement d'entérite mucomembraneuse dont nous comprenons une partie de la pathogénie. Cette affection est très fréquente, comme nous l'avons déjà signalé chez nos malades atteints de papuleuse miliaire,

Aux débauches diarrhéiques correspondent des poussées éruptives plus intenses qui se calment quand les

symptômes intestinaux tendent à s'atténuer. En présence d'un cas de papuleuse miliaire, il faut de suite diriger l'interrogatoire sur l'état des fonctions intestinales.

Les résidus de la digestion de l'intestin grêle passent dans le gros intestin, les déchets remplis de microbes et de particules alimentaires non transformés par les sucs digestifs, constituent pour les muqueuses, un mauvais existant physiologique. Ces dernières se congestionneront mal, seront mal lubrifiées. Les contractions du muscle intestinal, mal irrigué, seront également insuffisantes, nous aurons donc une explication rationnelle de la constipation opiniâtre qui occasionne chez nos femmes atteintes d'acné miliaire, la fréquence anormale des bouffées de chaleur du visage.

Etudions maintenant les origines génitales de notre éruption papulopustuleuse qui constituent un des facteurs étiologiques les plus importants.

Nous savons combien l'appareil génital domine la femme : *Tota, mulier in utero*, a-t-on dit depuis la plus haute antiquité : La femme est un ventre ; l'organisme féminin semble graviter autour d'un utérus.

Rien n'est plus déplorable que l'hygiène utérine de la femme moderne.

Nous n'insisterons point dans ce travail sur cette question qui pourrait paraître scabreuse.

L'utérus, qui doit se congestionner en vue de la conception, est chez nos malades d'une façon générale frustré de la fécondation ovulaire, l'excitant physiolo-

gique utérin par excellence : l'organe sera le siège de congestions trop faibles.

Cette suppression de la fonction gravidique, le plus souvent préventive, peut-être brutale, provoquée par l'avortement de plus en plus répandu dans toutes les classes de la société. Cette interruption physiologique est alors très grave (nous ne voulons pas parler des conséquences dues à un avortement mal fait, nous nous plaçons bien entendu dans le cas d'avortement chirurgical par une main expérimentée). Dans ces conditions on considère généralement que l'avortement est une opération sans gravité. C'est à notre avis une erreur profonde. Il y a violation brutale d'une fonction naturelle. L'organe utérin est marqué d'une façon indélébile.

Plusieurs de nos malades atteints d'acné miliaire nous ont confessé, hélas ! avoir eu recours à des matrones complaisantes.

L'utérus, pour bien fonctionner, doit accomplir son rôle gravidique. Le professeur Pinard a bien raison de dire que la femme normale ne jouit d'une excellente santé qu'après sa troisième grossesse.

Le fonctionnement anormal de l'utérus se traduira par de la dysménorrhée, de l'aménorrhée, des ménorragies, de l'irrégularité dans les périodes menstruelles. Nous constatons tous ces symptômes chez les femmes atteintes d'éruptions papulopustuleuses.

Chaque mois l'organisme féminin est le siège de phénomènes d'activité circulatoire, destinés à fournir la quantité de sang nécessaire aux fonctions menstruelles.

Il se produit une véritable pléthore sanguine générale, qui doit être utilisée localement par le muscle utérin, ce dernier auquel manque l'excitant physiologique, n'a pas la force d'attirer à lui, ce sang fabriqué en surplus et qui lui était destiné afin d'être transformé en règles abondantes, régulières, non douloureuses.

Cette pléthore sanguine envahit le visage.

C'est ce qui explique les poussées éruptives de papuleuses miliaires coïncidant avec les époques cataméniales. Au moment de la ménopause cette pléthore sanguine générale peut persister alors que l'organe utérin est en hypofonction ; Nous comprenons donc pourquoi les éruptions miliaires surviennent chez les femmes très fréquemment aux environs de l'âge critique. Le sang se place là où les écluses vaso motrices se laisseront forcer.

La ménopause chez nos malades nous a paru précoce se produisant vers 38 ans.

Causes de l'acné miliaire dû au mauvais fonctionnement de l'appareil respiratoire. — La ventilation pulmonaire se fait mal chez nos malades, qui sont des sédentaires. La dilatation insuffisante de la cage thoracique entraîne un appel de sang moins grand dans les oreillettes et par suite un certain degré de congestion faciale due à la stase veineuse.

Le sang s'oxygène moins bien dans les poumons dont la surface respiratoire est réduite. Il contiendra une quantité anormale d'acide carbonique qui se surajoutera

à l'élément toxique déjà puisé dans le tube digestif pour altérer sa composition.

Cette mauvaise oxygénation du sang expliquerait les troubles asphyxiques des extrémités avec sensations de refroidissements que nous observons si fréquemment chez nos porteurs d'acné miliaire.

La congestion faciale est encore favorisée d'une façon passive par l'abus des mauvais corsets.

Cette stase veineuse sanguine faciale se surajoute aux autres causes congestives, et provoque localement même une altération de la composition du sang, augmentant ainsi sur place la toxicité due aux causes générales.

Notons enfin aussi comme facteur de l'érythrose facial, l'influence des agents physiques extérieurs, le froid piquant, la chaleur excessive, causes externes de bien peu d'importance à côté des causes internes que nous avons longuement décrites.

Pour nous résumer nous avons cherché à démontrer que les éruptions papulopustuleuses miliaires récidivantes de la face sont dues à la mauvaise distribution d'un sang toxique dans les régions cérébrales et faciales.

La congestion est trop forte dans ces mêmes régions, sièges d'excitations trop intenses, elle est trop faible dans tout le tube digestif, les organes génitaux, les muscles, sièges d'excitations trop faibles ou anormales.

Il semble qu'il y ait dans l'économie circulatoire, une quantité de sang disponible, mise à la disposition de chaque organe, pour son fonctionnement, à telle ou telle

heure de la journée, à telle ou telle époque et que cette phlélore vasculaire momentanément générale ait besoin pour se localiser dans l'organe qui en a besoin, d'excitations normales et suffisantes du même organe.

' Le sang puisé dans des organes de nutrition qui fonctionnent mal, ne pourra pas être un bon liquide nourricier pour les téguments du visage déjà en état de moindre résistance chez nos malades. Il y aura par suite pullulation d'une flore microbienne anormale vraisemblablement staphylococcique, et formation des papulopustulettes.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif repose sur la recherche et l'étude de l'élément primitif. Dans les formes légères discrètes. Cette recherche est assez délicate surtout pour un œil peu exercé, l'élément est très petit miliaire, c'est à dire du volume d'un grain de millet.

Rappelons que les papulopustulettes peuvent apparaître sur une peau en apparence saine, et que les télangiectasies dans les formes pures du moins, se produisent secondairement ; les éléments sont très superficiels, disséminés sur toute l'étendue de la face sans affecter de localisations particulières. Ils ont une évolution éphémère et la ténacité de récidence, en contradiction avec leur superficialité est un de leur caractère essentiel. Les tâches vasculaires sont

simplement erythémateuses, il n'y a pas de varicosités et d'infiltration dermique sous jacente.

On ne trouve pas de microbes spécifiques dans le contenu des pustulettes qui renferment parfois du staphylocoques et le plus souvent sont amicrobiennes.

Nous sommes en présence d'une affection surtout féminine, causée principalement par des troubles neuro-pathiques menstruels et intestinaux.

Nous ne pouvons insister davantage pour éviter de tomber dans des redites.

Diagnostic différentiel. — Nous devons l'envisager avec la couperose, l'acné, et l'eczéma séborrhéique.

Le diagnostic différentiel avec la couperose est des plus délicats.

Notre éruption papuleuse miliaire peut en somme être considérée comme un syndrome clinique vraiment original, ayant des allures propres suffisantes pour mériter une description spéciale, mais pouvant être considérée comme extrêmement voisine de la couperose ; Entre les formes pures de notre affection et l'acné-rosé vulgaire typique nous avons vu qu'il existé une série de faits de passage qui relie entre eux les deux syndromes.

Nous avons suffisamment insisté sur ces faits de passage pour ne plus y revenir.

Les formes pures de l'éruption papulopustuleuse miliaire se distinguent des formes pures de l'acné rosé vulgaire typique par les caractères suivants.

1°) L'élément primitif miliaire apparaît sur une peau

en apparence saine, sans localisation spéciale. Il est disséminé sur tout le visage.

Les papulopustules acnéiques ~~ornées~~ de la couperose surviennent toujours sur des téguments plus ou moins téléangiectasique, et présentent des localisations à peu près constantes sur le promontoire nasal, les pommettes, la base du front,

2°) Les papulopustulettes milaires ont un volume très réduit comme leur qualificatif l'indique. Elles sont de dimension à peu près égales et très superficielles ;

Les papulopustules acnéiques de la couperose sont volumineuses, de dimensions très inégales, profondes.

L'anatomie pathologique des deux éléments diffère.

La papulopustulette milaire est formée par un amas de sérosité plus ou moins louche, dans les couches épidermiques, superficielles. Elle est très souvent amicrobienne.

La papulopustule acnéique de la couperose présente la constitution des folliculites, avec leurs microbes spécifiques ou banaux. Elle est plongée profondément en plein tissu dermique.

4°) Le premier élément repose sur une base téléangiectasique purement erythémateuse. Le second repose sur une base profonde, indurée qui se trouve à la même place sur les tissus plus ou moins infiltrés et variqueux.

4°) L'évolution de la papulopustulette miliaire est éphémère, son apparition est soudaine, sa disparition aussi brève que son invasion.

L'apparition de la papulopustule acnéique de la cou-

perose est progressive. Son évolution peut-être très longue, presque indéfinie.

Nous voyons que l'élément primitif de l'éruption papulopustuleuse miliaire récidivante de la face dans ses formes pures présente de notables différences avec la papulopustule acnéique vraie de la couperose.

Diagnostic avec l'acné juvénile. — Ce qui caractérise la papulopustule acnéique, c'est la présence du comédon avec sa structure spéciale. Il n'y a pas de comédon dans les formes pures d'éruption papulopustuleuse. La papulopustule acnéique se développe dans un follicule sébacé ; l'élément primitif miliaire apparaît dans les couches superficielles de l'épiderme.

Diagnostic avec l'eczéma. — L'élément primitif de notre éruption miliaire diffère essentiellement avec la vésicule de l'eczéma vulgaire ou de la tache jaune décrite par Unna qui caractérise l'eczéma séborrhéique.

Nous avons vu que l'association avec l'eczéma est très fréquente. Les deux assertions peuvent se mélanger à des degrés divers. C'est ce qui explique pourquoi notre éruption papulopustuleuse miliaire avait été désignée par quelques auteurs sous le nom d'acné eczématique et qu'une même malade consultée par deux médecins différents voit porter par l'un le diagnostic d'acné, par l'autre le diagnostic d'eczéma.

Diagnostic étiologique. — Nous avons vu que les émotions, les troubles digestifs particulièrement intestinaux, les troubles des organes génitaux principalement

menstruels, interviennent surtout dans l'étiologie de la papuleuse miliaire.

Nous devons rechercher chez chaque malade quel est le trouble qui prédomine pour produire l'affection. Cette recherche de la *dominante étiologique* aura la plus grande utilité si l'on veut faire une thérapeutique pathogénique.

Nous verrons que chez certains ce sont les phénomènes d'entérite mucomembraneuses qui priment tout, alors que le système nerveux et l'appareil génital fonctionnent à peu près normalement ; chez d'autres, au contraire, les phénomènes menstruels viennent au premier rang. Entre les règles, le visage est presque entièrement dépourvu d'éléments miliaires.

Les états d'émotivité peuvent, dans d'autres cas, avoir le plus d'importance et provoquer presque à eux seuls sans troubles digestifs ni génitaux, marquer l'apparition d'éruptions papulopustuleuses miliaires très rebelles.

Enfin ces troubles peuvent intervenir d'une façon à peu près égale pour produire l'affection.

TRAITEMENT

Il doit être général et local.

Le traitement général sera basé sur la connaissance de la dominante étiologique.

Il faut combattre chez notre porteur de papuleuse miliaire, l'émotivité, les phénomènes dyspeptiques, les

troubles menstruels suivant la prédominance affectée par chacun de ces troubles.

Efféctuons une ordonnance pour un cas schématique de papuleuse miliaire où les troubles que nous venons de citer interviendraient d'une façon à peu près égale dans l'étiologie. Nous sommes en présence d'une parisienne d'un certain milieu qui nous consulte :

1° Mener une vie calme, éviter autant que possible, toutes les causes d'émotivité ; ne pas se laisser aller à la colère. Se coucher tôt, se lever de bonne heure. Ne pas travailler le soir à la lumière.

Prendre 10 jours par mois, pendant 3 mois une série de douches tièdes, en jet brisé le long de la colonne vertébrale, d'une durée de 3 minutes. Changer si possible de milieu. Aller à la campagne ; une cure d'altitude ferait le plus grand bien. Eviter le bord de la mer.

Ne pas porter de voilettes, ou des voilettes blanches, facilement lavables, flottantes, ne collant pas sur la figure, ne pas faire trop d'automobile découverte.

Faire un exercice modéré en bon air. La marche est encore le meilleur des sports.

Supprimer le corset et porter une sangle de Glénard, ou tout au moins un corset prenant son point d'appui sur les hanches et non sur les organes abdominaux. Nous prescrivons en cas de nervosisme trop grand, des pilules à base d'extrait de Valériane.

Eviter en somme toute cause interne ou externe qui peut amener la congestion du visage.

2° Contre les troubles digestifs : se faire mettre la

bouche en état par le dentiste, s'il y a lieu prendre un appareil de prothèse. L'hygiène de la cavité buccale doit être absolue.

Mastiquer les aliments avec le plus grand soin ; mettre au moins une heure pour prendre son repas. Supprimer complètement de l'alimentation, le café, le thé, l'alcool, le chocolat, les épices, le vin pur, les crudités, la charcuterie, le poisson de mer, les coquillages, les crustacés, les œufs s'ils ne sont pas frais, le veau ; manger peu au repas du soir et plus abondamment au petit déjeuner du matin. Faire plutôt des petits repas moins abondants, mais plus fréquents boire peu en mangeant. Une demi-heure avant le repas et une demi-heure après boire une infusion chaude de tilleul, camomille, etc.

(En cas de dyspepsie hyperchlorydrique marquée, nous ordonnerions des paquets, à base de charbone, magnésie et craie après les repas). Combattre par tous les moyens la constipation : massage abdominal, sulfate de soude, 15 grammes le matin à jeun, cascarine le soir.

S'il y a des phénomènes d'entérite muco-membraneuse, suivre le régime ordonné dans cette affection : nouilles, macaronis, fraises, cerises et compote. En cas d'infection intestinale très forte donner du calomel à doses fractionnées, et le lendemain à jeun 30 grammes d'huile de ricin bien battue dans du lait très chaud. Prescrire une cure à Vichy ou à Carlsbad s'il y a des phénomènes hépatiques concomitants.

3^e Régulariser les menstrues ; sangsues à la face su-

pero interne des cuisses en cas d'aminorrhée, au besoin si les règles sont douloureuses et irrégulières, nous placerions un laminaire destiné à dilater le col utérin et s'il y a lieu nous redresserions l'utérus en retro ou ante-version.

Traitement local, hygiénique et médicamenteux.

— Le lavage de la face doit être fait avec de l'eau bouillie chaude, dans laquelle on peut faire bouillir dix têtes de camomille par litre.

Une bonne pratique est de se servir d'eau bouillie avec une cuillerée à café de gros sel de cuisine par demi litre. On doit proscrire d'une façon absolue l'usage du savon. Le lavage de la figure ne doit pas se faire avec une serviette mais de préférence avec des tampons d'ouate hydrophyle dont les contacts sont beaucoup plus doux.

En ce qui regarde les prescriptions médicamenteuses au point de vue local on doit, dit le docteur Brocq, procéder par tâtonnements. « Il faut étudier chaque malade et voir ce que ses téguments peuvent supporter. Que de fois en ville nous est-il arrivé de guerre lasse de tout supprimer, de prescrire du simple cold-cream frais et d'obtenir ainsi de réelles améliorations. Il y a des femmes dont la peau est tellement peu tolérante, qu'on est obligé de leur faire nettoyer la figure avec du cold cream frais ou de la très belle vaseline pure Chesbrough, puis on leur conseille, du moins si elle peut le supporter de tamponner le visage avec de

l'ouate hydrophylle, imbibée d'eau aussi chaude que possible ayant bouillie soit avec de la guimauve, soit avec de la laitue, soit avec du son ; peu à peu on y fait ajouter de l'acide borique, du chlorate de soude où du coolta sapaniné à doses croissantes.

Parfois c'est tout ce que l'on peut faire tolérer à ces peaux qui sont le type des peaux irritables surtout s'il y a complication d'urticaire.

On prescrit alors après les lavages, d'appliquer du simple cold-cream frais où de la pommade à l'oxyde de zinc au dixième avec du cold-cream et dans laquelle on tente d'ajouter un centième d'acide salicylique. Par dessus la pommade en poudre avec de l'amidon ou du talc.

Mais si c'est possible on doit employer les topiques plus énergiques.

Pour cela on prend la pommade précédente comme point de départ et on y incorpore soit de $1/200$ à $1/75$ de résorcine, soit de $1/150$ à $1/75$ de naphtol et de camphre, soit de $1/70$ à $1/15$ de calomel, soit de $1/30$ à $1/10$ de soufre. Ce sont là en effet, les quatre types. Résorcine, soufre, mercure, naphtol et camphre qui donnent les moins mauvais résultats.

Quand le soufre est supporté c'est lui qui paraît avoir le plus d'efficacité. Malheureusement, il donne souvent lieu à des poussées inflammatoires des plus vives. Parfois il est mieux toléré en lotions qu'en pommade, mais nous ne conseillons pas d'employer dans ces cas la lotion soufrée de l'hôpital Saint-Louis, même fort miti-

gée ; par exemple : « Soufre précipité 8 grammes, alcool camphrée 15 grammes, eau distillée 100 grammes. Presque toujours cette préparation et les formules similaires provoqua de véritables désastres. Nous avons pu cependant nous servir parfois avec un certain succès, d'un mélange formulé de la manière suivante : soufre précipité 8 grammes, alcool 4 grammes, glycérine pure 18 grammes, sulfate de zinc 40 centigrammes, eau distillée 170 grammes ; agiter violemment avant de s'en servir. Il faut imbiber dans ce mélange un petit tampon d'ouate roulé au bout d'une allumette et se contenter d'en toucher les points malades avec beaucoup de précaution : puis on laisse sécher. Si la peau s'irrite on nettoie au coldcream frais au bout de quelques minutes.

L'eau-de-vie camphrée pure en lotions quotidiennes ou biquotidiennes est assez souvent bien supportée. Elle nous a paru dans un certain nombre de cas, constituer le meilleur topique curatif et surtout préventif.

Dans d'autres cas nous avons eu des succès avec les pommades-renfermant du savon noir de cuisine à des doses qui variaient de 1/100 à 1/20. Peu à peu nous incorporions du naphthol ou de la résorcine à doses croissantes. Ce sont surtout dans les cas compliqués d'eczéma seborrhéïque que ces dernières préparations réussissent.

Enfin dans certains cas rebelles, nous avons pu arriver à rendre peu à peu la peau tolérante et à utiliser les pommades au soufre, au savon noir, au naphthol, à la

résorcine, que nous avons l'habitude de prescrire dans l'acné vulgaire.

Mais quand on les emploie il faut toujours être sur ses gardes car nous avons eu des malades qui s'en servaient depuis plusieurs mois avec un succès complet, être pris soudainement de poussées inflammatoires provoquées par ces préparations et être désormais obligé d'y renoncer.

Nous avons également essayé chez nos malades des préparations à base de thigénol et d'ichthyol qui après des tâtonnements nous ont donné de bons résultats. Ces médicaments à la dose de 1/20 au 1/30 nous ont semblé très efficaces, incorporés à une pâte soufrée.

Les vernis à la caséine dans lesquels on incorpore le sapolon, le thigénol et l'ichthyol peuvent donner des succès à la dose de 1/20.

Traitement local par le massage. — Ce traitement donne d'excellents résultats dans l'éruption papulopustuleuse miliaire de la face. Voici d'après le (1) Dr Brocq la technique du massage dans le cas particulier qui nous occupe (Nous renvoyons aussi à la thèse du Dr Leroy (2)).

« On emploiera le massage friction après avoir eu soin de se rendre compte de la susceptibilité cutanée du sujet. Celui-ci peut être fort ou faible ; il peut se faire dans un sens ou consister un mouvement de va et vient.

(1) Brocq, traité élémentaire de dermatologie pratique.

(2) Leroy, massage plastique dans les dermatoses de la face.

Il est essentiellement constitué par des frottements exercés à la surface des téguments par la pulpe des doigts à un où imprégnés, séché où enduits d'un corps gras quelconque.

Ces frottements peuvent être comme nous venons de le dire exercés en tous sens en un mouvement de va et vient plus où moins rapide. C'est la véritable friction. Ce n'est déjà plus du vrai massage.... Ils peuvent au contraire être dirigés dans un sens toujours le même de manière à suivre des lignes parallèles où encore un peu convergentes : c'est cette variété de frictions que nous utilisons au cuir chevelu dans la seborrhée pure.... et aussi à la face dans les cas de couperose, de telangiectasies, de poussées congestives avec tuméfactions des joues décongestionner les téguments. On peut les exécuter très fort, en pressant fortement sur les téguments soit qu'on veuille agir sur les réseaux superficiels où profonds, sur les tissus dermiques où sous dermiques, soit qu'on veuille essayer de décaper une plaque malade... On peut au contraire les faire légers très superficiel en exerçant une pression très modérée sur les téguments de manière à n'agir que sur le réseau vasculaire superficiel. Ce dernier mode opératoire se confond presque avec l'effleurage. Brocq procède avec la pulpe des doigts imprégnés d'un corps gras. Nous l'imprégnons dit-il de cerat sans eau, frais, de colcream frais, sans odeur où d'une pommade quelconque à l'hamamelis où à l'ergotine où à la résorcine faite avec les excipients précédents que nous trouvons bien supérieurs à la va-

seline qui colle au doigt et ne lui permet pas de glisser sur les téguments avec la même souplesse et la même légèreté.

C'est aussi avec eux que nous exécutons le massage effleurage qui consiste essentiellement comme son nom l'indique à effleurer les téguments avec la pulpe des doigts. On ne doit pas à proprement parler exercer de frictions. Il faut que les doigts et la main conservent une extrême souplesse et glissent sur la peau en n'appuyant qu'avec beaucoup de légèreté du moins au début. C'est ici surtout qu'intervient l'habileté manuelle, la finesse du doigté et le fluide de l'opérateur.

Ces massages effleurages s'exécutent surtout dans le sens de la circulation veineuse. . . . C'est ainsi que pour les telangiectasies faciales les mouvements doivent être exécutés de haut en bas, de dedans en dehors, d'avant en arrière, c'est-à-dire suivant des lignes qui partant de la tempe, de la paupière inférieure, de l'angle interne de l'œil, du sillon naso-genien, convergent en éventail vers l'angle de la mâchoire inférieure, c'est-à-dire vers les gros troncs nerveux du cou ».

CONCLUSIONS

Nous donnons le nom d'éruption papulopustuleuse miliaire récidivante de la face à une affection qui constitue une forme clinique très spéciale dans le vaste cadre de la couperose.

Cette affection, avait été confondue par les auteurs avec la couperose vulgaire acnéique vraie. Elle présente pourtant une symptomatologie assez spéciale pour être décrite à part.

Les caractères essentiels de l'affection dans ses formes pures sont les suivantes :

1°) La lésion élémentaire est constituée par les papulopustulettes miliaires d'un volume moyen d'une tête d'épingle, dont le centre est blanc jaunâtre, à périphérie rouge congestive.

2°) Les papulopustulettes sont très superficielles, développées dans les couches épidermiques de Malpighi.

3°) Elles sont disséminées sur le visage sans localisations spéciales.

4°) Chaque élément considéré en lui-même n'a qu'une durée éphémère, mais la maladie évolue par poussées successives d'une ténacité désespérante.

L'affection survient surtout chez la femme mais on peut aussi l'observer chez l'homme.

Elle apparaît le plus souvent chez des névropathes présentant des troubles digestifs menstruels. Le médecin doit avoir bien connaissance de ces cas, qu'il observe couramment dans sa clientèle privée. Il devra prévenir son malade que l'affection qu'il présente sans être grave peut avoir une longue durée.

Il recherchera la nature de la dominante étiologique par un interrogatoire et un examen clinique aussi complet que possible.

Il pourra dès lors instituer un traitement rationnel reposant sur la base pathogénique la plus vraisemblable.

Il agira localement par des moyens physiques comme le massage et l'application de pâtes décongestionnantes et protectrices en se souvenant que les malades atteints de papuleuse miliaire présentent une très grande sensibilité des téguments de la face.

Vu et permis d'Imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Vu : Le Président de Thèse,
E. GAUCHER.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

OBSERVATIONS

Observation n° 1. — Docteur Brocq.

Madame B..., 45 ans, fleuriste, rue Flatters.

Seborrhéides pityriasiques du nez avec télangiectosies et petits papulo-pustules miliaires.

Examen : avec une très fine pipette, le contenu de la pustulette est recueilli, et plusieurs lamelles sont préparées avec des éléments divers. Jamais la coloration par les divers moyens, Violet de gentiane, Kionnie, Zeibl, gram, etc., n'y révèle d'autres éléments que des leucocytes extrêmement abondants et polymuléaires sans aucun microbe à leur intérieur où en dehors d'eux.

Cultures : des pustulettes semblables dissociées dans un peu de bouillon et semées sur gelose, sur gélatine où dans du bouillon simple laissent les milieux absolument stériles.

Observation n° 2. — Dr Brocq,

Madame B..., ménagère, 42 ans.

Mêmes résultats que pour la malade précédente à l'examen microscopique, et à la culture.

Observation n° 3. — Dr BROcq.

Madame X....

Malade 32 ans. Saint-Germain-en-Laye : Acné miliaire.

Papulopustulettes qui apparaissent et s'en vont dans les vingt-quatre heures.

Elles sont disséminées çà et là sur tout le visage sans localisations spéciales. A l'ouverture, sérosité légèrement purulente. A l'examen microscopique, débris de nature douteuse. Aucuns microbes.

Observation n° 4. — Dr BROcq. (1900)

Monsieur R..., 51 ans, mécanicien.

Papulopustulettes disséminées sur le visage, sur des plaques érythémateuses à contours irréguliers. Les vésicopustules ont une grandeur variant de 2^{mm} à 4^{mm}. Il existe des squames et des crotelles fines correspondant aux vésicopustules. Démangeaisons très vives depuis un an. Les éléments sont surtout abondants à la partie médiane du front, dans l'espace intersourcilière, à la racine des cheveux, au pourtour des yeux. Alcoolisme.

Cette observation est un exemple d'éruption papulo-pustuleuse miliaire chez l'homme.

Observation n° 5. — Dr BROcq. (8 janvier 1897)

Eruption papuleuse miliaire nez et front

Monsieur K..., 55 ans.

Depuis plusieurs années le malade est atteint des papulo-pustulettes qu'il présente aujourd'hui. L'élément est constitué par de petites vésicopustules superficielles, intracépidermique avec des arborisations vasculaires prononcées tout autour donnant

un aspect de couperose. Les arborisations disparaissent dès la guérison de la pustulette, poussées subites, successives. Il est resté guéri un an par un régime sévère d'où tous les aliments existants avaient été proscrits et par l'application de pommades soufrées, faibles et fortes.

Nouvelles poussées depuis le commencement du mois. Même traitement.

Nous chercherons à combattre chez ce malade l'obésité et la constipation.

Observation n° 6. — Dr Brocq. (1900)

Madame L..., forme associée avec la couperose et l'urticaire.

Couperose, séborrhée légère et papulopustulettes miliaire disséminées sur le visage, avec éruptions urticariennes localisées à la face. Depuis 3 ans, élévation par poussées successives sans rémissions.

Observation N° 7 personnelle (mars 1910)

Mademoiselle B. âgée de 27 ans. Institutrice.

L'affection a débuté il y a un an et demie. Les papulopustulettes surviennent aux époques menstruelles. Elles apparaissent 4 jours avant et disparaissent trois ou quatre jours après les règles. Celles-ci sont très douloureuses.

Malade très irritable très émotionnée au moment de ses époques.

Antécédents. — Né à 7 mois. Petit tempéramment. Le père est mort diabétique. La mère est emphysémateuse. Pour un rien sujette aux bouffées de chaleur. Elle a eu des troubles dyspeptiques entre 12 et 15 ans.

La dentition est déplorable. La mastication défectueuse. Elle est constipée. Somnolence après le repas et érythrose faciale.

Traitement pâte soufrée thigénol 1,20. Lavages à l'eau bouillie très chaudes et attouchements de papulopustulettes avec de l'eau de vie camphrée. Régime, douches, lutte contre la constipation.

Avril 1910 : Malade améliorée. Nous lui conseillons un séjour à la campagne pendant les vacances de Pâques. Mêmes prescriptions médicamenteuses.

Juin 1910 : Les poussées sont beaucoup moins fréquentes. La malade suit autant que possible nos conseils d'hygiène moral et physique. Elle sort à pied le plus qu'elle le peut, s'empporte moins contre ses écoliers plus ou moins recalcitrantes. Amélioration générale.

Observation N° 8 personnelle (février 1910)

Madame C. Louise, rue Fondary, 47 ans.

L'éruption papulopustuleuse miliaire est survenue il y a un an, elle a coïncidé avec la ménopause. Elle était sujette auparavant à quelques poussées légères d'éléments éruptifs pendant les règles, mais actuellement elle est véritablement cramoisie et défigurée. Malade très nerveuse. Le tube digestif est bon. Elle présente certains symptômes d'hypothyroïdie. Bouffée, de chaleur fréquentes.

Institution du traitement thyroïdien. Pâte à l'ichthyol au 1,20. Prescriptions hygiéniques habituelles que nous donnons dans les cas.

Avril 1910 : Le traitement thyroïdien semble avoir amélioré la malade au point de vu général et local. Les poussées sont beaucoup moins fortes et les démangeaisons beaucoup moins vives.

Juin 1910 : La malade a interrompu son traitement thyroïdien. Les poussées d'éléments éruptives bien que moins intenses existent toujours.

Observation N° 9. -- Personnelle (avril 1910)

Madame Z..., âgée de 37 ans.

A. H. Mère morte en couches, rhumatisante ; père mort d'apoplexie : grand-père éthylique et probablement syphilitique ; grand'mère folle.

H. P, Marche à 3 ans. Elle a eu 3 attaques de rhumatismes depuis l'âge de 17 ans et 2 grossesses, la première à 30 ans, la 2^e à 34 ans. Les enfants sont nés morts et macérés.

Règles régulières : Malade très nerveuse qui s'emporte pour un rien, mange vite abus des crudités du thé, café, du vin. Les poussées d'éruption papulopustuleuse miliaires datent de l'âge de 25 ans époque de son mariage.

Bouffées de chaleur au visage.

Les poussées surviennent de préférence au printemps et à l'automne, prescription d'hygiène moral et physique. Suppression des aliments excitants. Nous recommandons à la malade la mastication méthodique, pâte soufrée au thigenol à 1/20.

Examen microscopique négatif.

Juin 1910 : Malade très améliorée. Elle vient dans le service se faire faire des séances de massage.

Juillet 1910 : La guérison par le massage a été presque complète. La malade a quelques poussées mais insignifiantes.

Observation N° X. -- Personnelle (mai 1910)

Mademoiselle S..., première au *Bon Marché*, forme pure. Cette observation est le type d'éruption papulopustuleuse miliaire d'origine émotion et menstruelle.

A. H., la mère, a un facies légèrement couperosique. Elle a un frère atteint d'entérite mucomembraneuse.

A. P., Réglée à 14 ans, régulièrement.

L'éruption papuleuse miliaire est intense, elle date de 6 mois ; à cette époque elle eut une grande contrariété avec un chef de rayon qui, pensa-t-elle, voulait lui nuire près de la direction. Ses règles s'arrêtèrent brusquement, ayant duré 4 jours au lieu de 8, et immédiatement apparurent les boutons et l'érythrose du visage. Depuis 3 mois elle est sujette à de poussées éruptives incessantes qui s'exagèrent pendant les règles. Elle est très nerveuse, se fait une contrariété de rien. Insomnies fréquentes. Elle rougit et pâlit à la moindre émotion. Bouffées de chaleur au moment des repas. Légers troubles gastriques au moment de ses époques. La malade est ordinairement constipée.

Le visage est le siège de démangeaisons très vives. (Elle aurait eu des poussées d'urticaire faciale vers l'âge de 14 ans.

Traitement hygiénique général. Nous conseillons autant que possible à la malade le calme moral.

Localement application d'une pâte soufrée au thigenof à 1/20 et conseils hygiéniques locaux, attouchements eau-de-vie camphrée.

2 juin 1910 : Malade très améliorée : il persiste néanmoins quelques éléments éruptifs.

Traitement par le massage effleurage combiné avec des application de pâte soufrée au thigenol.

15 Juin 1910 : Au bout de 10 séances de massage la malade est presque guérie : Nous lui conseillons un séjour à la campagne.

1^{er} octobre 1910 : Nous avons revu la malade au début d'octobre elle est complètement guérie et a beaucoup engraisié.

Observation n° 11 (personnelle)

Mai 1910 : Madame B... âgée de 35 ans,

A. H. père mort d'une pneumonie, mère cardiaque et rhumatisante.

A. P. à 11 fièvre typhoïde, réglée à 13 régulièrement sans douleurs. 2 accouchements laborieux mais normaux, pendant sa grossesse elle était bien portante.

L'éruption miliaire est intense sur fond légèrement couperosique. Les premiers boutons ont apparu à la suite d'une émotion la mort de sa mère, il y a 4 ans et depuis 3 ans les poussées se répètent avec une désespérante ténacité. Il y a 2 ans un de ses petits garçons eut le croup. Jamais dit-elle, elle n'avait eu autant de boutons. Elle s'émotionne très facilement. Bouffées de chaleur fréquentes. Depuis qu'elle a vu apparaître son éruption miliaire les règles sont moins abondantes et le sang beaucoup plus clair, pendant les règles et avant elle a beaucoup de boutons, après les règles période de calme relatif assez grand puis l'éruption reparait.

La ^{Dentition} condition est déplorable. La mastication impossible. Etat septisémie buccale. Mange beaucoup de crudités : très constipée.

Nous conseillons à la malade un appareil de prothèse -- traitement par le massage et la pâte ichtyolée au 1/20; attouchements eau de vie camphrée,

Juillet 1910 : La malade est améliorée, mais les poussées bien que moins violentes n'en persistent pas moins. Nous mettons la malade à l'apothérapie ovarienne.

15 septembre 1910 : La malade est améliorée. Depuis qu'elle prend les cachets, dit-elle, et qu'elle peut mastiquer, les boutons ont presque complètement disparu.

Observation n° 12. (Personnelle).

Avril 1910. — Madame P..., 22, rue des Charbonniers.

Malade âgée de 38 ans.

Elle a des boutons depuis 9 ans. Eruption papulopustuleuse sur fond légèrement couperosique.

A cette époque, en 1901, elle eut une interruption de règles pendant 8 mois. C'est alors qu'apparurent les premières poussées éruptives. Celles-ci intenses pendant cette période d'amenorrhée, disparurent à peu près complètement jusqu'il y a un an. Depuis un an les poussées ont réapparu, coïncidant avec une moins grande abondance des règles. La malade perd 4 jours au lieu de 9 jours. Elles sont devenues très intenses depuis 2 mois. La malade a été sinistrée pendant les dernières inondations et a dû subir un sauvetage en règle avec sa petite fille. Ce choc moral a entraîné une floraison éruptive effroyable ; sa figure est encore actuellement le siège de cuissons fort vives. La malade est très impressionnable. La dentition est mauvaise, la mastication très défectueuse. Elle souffre de l'estomac, a des pesanteurs et des bouffées de chaleur après les repas.

Traitement hygiénique général et local.

L'application de la ptâe soufrée au thigenol a donné une éruption encore plus intense des éléments éruptifs. Application de simple Cold cream frais.

15 avril : Amélioration légère, mêmes prescriptions.

1^{er} mai : Les poussées persistent. Nous sommes en présence d'un de ces cas rebelles, où l'on ne peut employer de topiques efficaces, sans entraîner une aggravation de l'affection. Les applications de cold cream frais sont les seules qui soient supportées.

